

Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés et suturés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Avril 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bruno MOULINIER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 16 Juillet 1933, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1964

Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés et suturés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Avril 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bruno MOULINIER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 16 Juillet 1933, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1964

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.
Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.	

PROFESSEURS

Clinique urologiqueMM. CIBERT.	Clinique traumatologique	
Physique biologique PONTIUS	des membresMM. CREYSSEL.	
	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
	Pathologie générale et ex-	
Clinique neuro-psychiatri-	périmentale	GIRARD Paul.
que et hygiène mentale	Anatomie	LATARJET.
Chimie organique et toxi-	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
cologie	Thérapeutique	GIRARD
Clinique chirurgicale B ..		Marcel.
Clinique médicale B		VACHON.
	Pathologie médicale	
Clinique et prophylaxie	Physio-pathologie des voies	
cardio-vasculaires	respiratoires	GALY.
Clinique médicale C	Radiologie	PAPILLON.
Chimie biologique et médi-	Clinique des maladies in-	
cale	fectieuses	JEUNE.
Clinique chirurgicale A ..	Hydrologie thérapeutique,	
Pharmacie galénique	climatologie et écologie	
Clinique gynécologique ..	sociale	GONIN.
Clinique obstétricale	Bactériologie	MONNET.
Médecine du travail	Physiologie et pathologie	
Clinique médicale A	obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire	Physiologie B	CHATONNET.
et sociale	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Botanique et cryptogamie.	Clinique de chirurgie or-	
Clinique chirurgicale C ..	thopédique	TRILLAT.
Chimie analytique phar-	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
maceutique	Clinique de chirurgie et	
Pharmacie chimique et	d'orthopédie infantiles .	MARION
pharmacologie		Joseph.
Médecine légale et déonto-	Matière médicale et légis-	
logie	lation pharmaceutique .	DORCHE.
Parasitologie et pathologie	Histologie et embryologie.	DUMONT Louis.
exotique	Chimie	PERROT.
Clinique d'oto-rhino-laryn-	Physiologie A	CIER J.-F.
gologie et d'audio-pho-	Thérapeutique chirurgicale	
nologie	et chirurgie opératoire.	PERRIN J.
Clinique ophtalmologique .	Clinique de chirurgie car-	
Clinique de dermatologie,	diaque	MICHAUD
syphiligraphie et aller-	Clinique médicale infantile	Pierre.
gologie	et hygiène du premier	
Clinique de pneumo-phti-	âge	X...
siologie	Biologie médicale et phar-	
	macodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie pharmaceutique	COLLET.
Clinique de pédiatrie	SARROUY.
Climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LEQUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSEL Roger	Pathologie expérimentale .	MM. JOUVET.
Hygiène	THIVOLET.	Médecine générale et thé-	
Parasitologie	GARIN.	rapeutique	LEJEUNE.
Electro-radiologie	PINET.	Stomatologie	de MOURGUES
Botanique et cryptogamie.	ODDOUX.		F
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Maladies infectieuses	NAUSSAC.
Médecine du travail	TOLOT.	Chirurgie générale	REBOUILLAT.
Médecine générale	DESPIERRES.	Pédiatrie	ROMAGNY.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Médecine générale	DELAHAYE J.P.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Anesthésiologie	DELEUZE R.
Physique biologique	PEYRIN.	Electroradiologie diagnostic	
Anatomie pathologique . . .	TOMMASI.	et thérapeutique	GIRAUD M.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anesthésiologie	MICHEL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX.	Chimie analytique	MM. MALLEIN.
Thérapeutique	BRETTE.	Hygiène	RIFFAT.
Anatomie	BOUCHET.	Biologie médicale et phar-	
Hématologie	FAVRE-GILLY.	macodynamie	FAUCON.
Histologie et embryologie.	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER-
			RAYNARD.

AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique	MM. BURTHIAULT.	Chirurgie générale	MM. SAUBIER.
Pédiatrie et puériculture . .	FRANÇOIS.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Oto-rhino-laryngologie . . .	GIGNOUX.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	JAUBERT-	Orthopédie	FAYSSE.
	DE-BEAUJEU.	Oto-rhino-laryngologie . . .	GAILLARD.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PLAUCHU.	Ophthalmologie	HUGONNIER.
Médecine générale	PONT.	Pneumo-phtisiologie	KALB.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	TRAEGER.	Chirurgie générale	MARET.
Médecine générale	VIGNON.	Médecine générale	MORNEX.
Ophtalmologie	BONAMOUR.	Médecine générale	NORMAND.
Médecine légale	COLIN.	Médecine générale	PERRIN André.
Dermatologie	COLOMB.	Pédiatrie et puériculture . .	BETHENOD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Stomatologie	DUMAS.
	Georges.	Médecine générale	FRIES.
Médecine générale	DEVIC.	Obstétrique	GARMIER.
Obstétrique	DUMONT	Médecine générale	LAMBERT.
	Martial.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NOEL.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	ROBERT.
		Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

**Président : LEVRAT ; Assesseurs : MM. GIRARD
PEYCELON et VACHON.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON GRAND-PERE

A MES FRERES

A MA FAMILLE

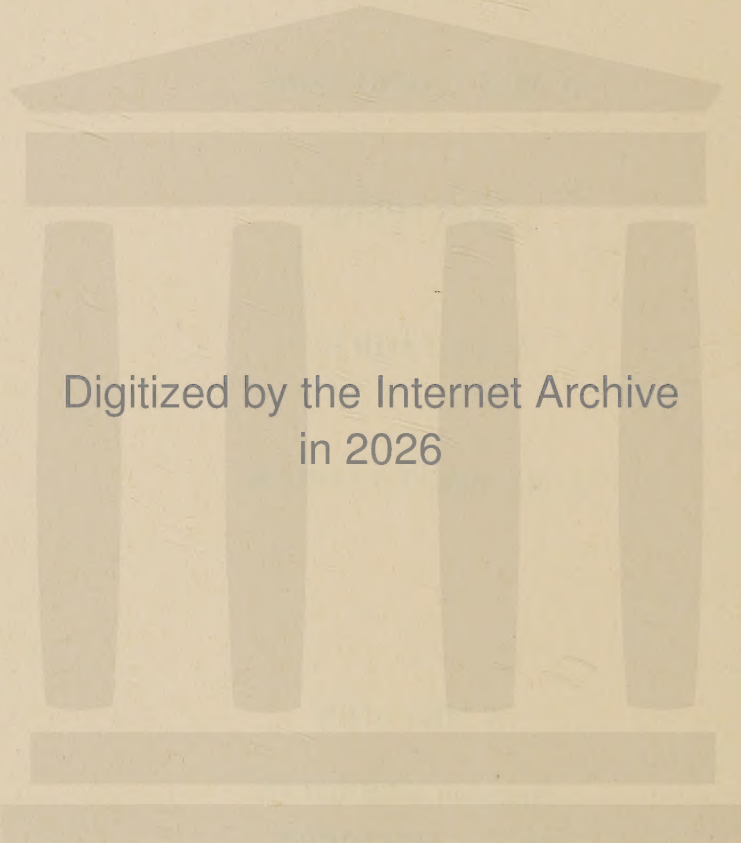
A MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

BERNARD HERNETTE

MICHEL MUGNIERY

PIERRE JOFFARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT

Nous lui devons le sujet de cette thèse. Nous le remercions de la confiance qu'il nous a accordée et de l'aide qu'il nous a apportée pour la rédaction de ce travail.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant de l'intérêt qu'il nous porte.

Il nous fait l'honneur de présider notre jury.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre sincère et respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

Au cours d'un semestre d'internat, nous avons fort admiré ses qualités de clinicien, sa délicatesse envers les malades et l'ambiance qu'il sait créer dans son service.

Nous lui sommes reconnaissant de bien vouloir juger notre travail et l'en remercions infiniment.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PEYCELON

Nous avons pu, au cours d'un semestre d'externat, apprécier la richesse de son expérience et son habileté chirurgicale.

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail auquel il a toujours porté intérêt.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VACHON

Nous avons suivi son service au cours de notre externat et de notre internat où nous avons pu apprécier l'élégance de sa pensée et la qualité de son enseignement.

Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Nous sommes fier qu'il ait accepté de nous juger.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABRY
MONSIEUR LE PROFESSEUR PEYCELON
MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYSSEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GIGNOUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNON
MONSIEUR LE PROFESSEUR VACHON
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUINET

Internat provisoire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PLAUCHU
MONSIEUR LE PROFESSEUR VACHON
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRETTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CROIZAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

AU DOCTEUR JEAN PASQUIER

Il nous a aidé efficacement et toujours aimablement dans ce travail. Il a mis au service d'une amitié de longue date la précision et la clarté de son esprit.

A NOS CONFERENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MM. POULAT, GRANDMOTTET, PASQUIER.
CHASSARD, BOULIER, CHABAL

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

ET EN PARTICULIER

BRUNO CHATAING

ROBERT LOIRE

PAUL RACLE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION - HISTORIQUE

Nous avons entrepris, sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Levrat, l'étude de l'évolution post-opératoire des ulcères gastro-duodénaux, traités par simple suture.

Nous nous sommes tout particulièrement attachés à l'étude de l'évolution lointaine, évolution qui est peu décrite dans les publications françaises récentes et dont la connaissance revêt, selon nous, un grand intérêt, tant du point de vue théorique que du point de vue pratique.

1° Du point de vue *théorique*.

Il est en effet important de préciser la place et la signification de l'accident perforatif, dans le cours évolutif de la maladie ulcéreuse, et il est nécessaire de disposer d'une durée d'observation prolongée pour obtenir des indications de valeur. Notre but est *double* :

— D'une part, déterminer si certains types d'ulcères sont, plus que d'autres, exposés à la survenue d'une perforation ; si certains types d'ulcères sont doués d'un potentiel perforatif plus important.

— D'autre part, chercher à savoir quelle signification revêt la survenue d'une perforation dans l'évolution d'une maladie ulcéreuse. S'agit-il d'un accident isolé, témoignant seulement d'une poussée ulcéreuse plus intense, ou est-ce un stigmate traduisant, non plus seulement la sévérité de la poussée en cours, mais la gravité de la maladie ulcéreuse ?

L'étude de l'évolution post-opératoire des ulcéreux qui ont eu une simple suture, c'est-à-dire un traitement portant sur l'accident perforatif, et en principe sans influence sur le cours de la maladie elle-même, devrait permettre de répondre à cette question.

Cet aspect théorique est intéressant dans la mesure où il peut apporter des précisions sur la physiopathologie toujours mal connue de la maladie ulcéreuse. Mais il comporte des conséquences pratiques thérapeutiques qui sont également la justification de notre étude.

2° L'aspect *pratique* du problème est d'ordre *thérapeutique*. En présence d'une perforation, est-on autorisé à se contenter du geste simple qui guérit la perforation (aspiration ou suture), mais laisse en place l'ulcère responsable, ou doit-on recourir à un traitement chirurgical à visée curatrice radicale (gastrectomie ou quelquefois vagotomie) ? Ce problème se pose au chirurgien lorsque celui-ci intervient d'urgence dans des conditions telles que la gastrectomie peut être entreprise sans que le risque opératoire prévisible s'en trouve notablement accru. Mais ce problème se pose aussi au médecin consulté, quelques semaines après une suture pour ulcère perforé, sur l'opportunité d'une gastrectomie secondaire de principe. Il intéresse donc à la fois les chirurgiens et les médecins.

En étudiant l'évolution post-opératoire éloignée des ulcéreux qui ont subi seulement une suture pour perforation, nous souhaitons rassembler des éléments qui permettent de répondre aux questions suivantes :

— La gravité de l'évolution ulcéreuse après suture justifie-t-elle le principe du traitement chirurgical radical de tout ulcéré perforé, qu'il s'agisse de gastrectomie d'emblée lorsqu'elle est possible, ou de gastrectomie secondaire systématique ?

— Et, si comme cela est prévisible, toute attitude systématique est à proscrire, quels sont les arguments qui,

chez un ulcéreux donné, permettent de choisir l'indication thérapeutique la plus logique ?

La question des modalités du traitement chirurgical de la perforation ulcéreuse reste, en effet, controversée. Un bref rappel *historique* permet de constater que l'attitude des chirurgiens a plusieurs fois évolué depuis la fin du siècle dernier.

Si le tamponnement de la perforation, si la gastrostomie ont été d'abord préconisés, et suivis d'échecs, c'est à Mickulicz, en 1880, que l'on doit la première tentative de suture d'une perforation. En France, le premier essai de suture est dû à Walter et Poncet, la première guérison est de Michaux, en 1894. En 1893, Braun associe le premier la gastro-entéro-anastomose à la suture simple. Et c'est en 1902 que Keetly pratique la première gastrectomie d'urgence pour perforation d'ulcère.

Le traitement non-opératoire par aspiration de l'épisode aigu perforatif a été érigé en méthode par Taylor, en 1947, et a actuellement de nombreux partisans.

La mortalité de cette complication brutale au cours de l'évolution de la maladie ulcéreuse, n'a fait que décroître, puisque, en 1894, Mickulicz enregistre 97 % de mortalité ; en 1923, Mondor écrivait qu'une perforation avait 8 chances sur 10 d'être guérie, jusqu'aux statistiques actuelles, tant françaises qu'étrangères, qui affichent, indépendamment des méthodes appliquées, de 0 % à 10 % de mortalité.

Cette décroissance de la mortalité, quel que soit le type de l'intervention, est liée surtout aux progrès de la réanimation et à l'avènement des antibiotiques qui permettent au chirurgien un choix plus libre parmi les traitements qu'il a à sa disposition. En effet, si, autrefois, la gravité de la gastrectomie d'urgence incitait le chirurgien à un geste plus simple, cet élément n'est plus décisif actuellement.

En effet, les méthodes dont dispose le chirurgien sont multiples et l'on peut opposer les méthodes conservatrices aux méthodes radicales, chacun de ces deux groupes présentant certains avantages et certains inconvénients.

Le traitement conservateur ne traite que l'épisode aigu perforatif. Il s'agit :

- soit du traitement non-opératoire, type Taylor ;
- soit de la suture simple de la perforation.

Le traitement de la maladie est représenté :

- par la gastrectomie ;
- par l'intervention de Dragstedt associée à une gastro-entéro-anastomose, ou une antrectomie.

Il nous paraît difficile, à nous médecins, de trancher le problème immédiat du choix de l'intervention en face d'une perforation d'ulcère. Cependant, il nous a semblé intéressant de transcrire les discussions des partisans des différentes interventions.

1. — Les traitements conservateurs ont en commun :

- l'avantage d'être simples ;
- l'inconvénient de ne pas traiter la maladie ulcéreuse.

1° *La Méthode non-opératoire*, type Taylor, associant à l'aspiration gastro-duodénale, l'antibiothérapie, l'équilibration ionique et surtout la surveillance clinique pendant 3 à 5 heures.

Elle a pour avantage d'éviter une intervention et de permettre de juger secondairement de l'intervention la plus adéquate.

Les inconvénients sont pour certains nombreux :

- L'aspiration est rarement complète.
- Les perforations larges s'obturent difficilement.
- On risque de méconnaître une autre affection : appendicite, perforation d'un autre viscère, cancer gastrique perforé.

— Le malade est difficile à surveiller.

2° *La suture simple* de la perforation a pour elle :

- de traiter radicalement l'épisode aigu initial ;
- d'être une intervention souvent rapide et simple ;
- d'éviter les erreurs diagnostiques.

L'inconvénient est, comme pour la méthode non-opératoire, représenté par le fait qu'elle ne traite pas la maladie ulcéreuse.

II. — Les traitements d'urgence à visée curatrice.

1° *La suture* de la perforation associée à une *gastro-entéro-anastomose*, ne correspond actuellement qu'à certaines indications rares, alors que son utilisation, plus fréquente autrefois, reposait sur la possibilité de sténose secondaire où l'on incriminait l'ulcère lui-même ou la suture.

2° *La gastrectomie* d'urgence a l'avantage théorique de traiter la maladie ulcéreuse avec de bons résultats immédiats.

Ses inconvénients sont représentés :

— par le fait qu'il ne s'agit pas forcément d'une bonne indication ;

— qu'elle reste une mutilation importante ;

— que l'intervention faite en pleine poussée ulcéreuse est plus difficile, et serait, pour certains auteurs, génératrice d'ulcères jéjunaux post-opératoires plus fréquents.

3° *Les autres interventions* : Suture + Dragstedt associé à une gastro-entéro-anastomose ou à une antrectomie, sont d'utilisation trop récente pour en faire une étude critique valable, mais ce type d'intervention est *a priori*

satisfaisante dans la mesure où ses bases théoriques sont logiques et sa réalisation pratique relativement facile.

III. — La gastrectomie secondaire de principe.

Cette intervention a l'avantage de représenter un traitement radical et généralement définitif de la maladie ulcéreuse. Elle a sur la gastrectomie première la supériorité d'être pratiquée chez un malade mieux préparé, dans des conditions moins dramatiques.

Mais elle signifie la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale souvent difficilement acceptée par le malade et, dans un certain nombre de cas, elle expose le sujet aux séquelles ordinairement peu importantes, mais parfois sévères, qui sont celles de toute gastrectomie pour ulcère.



Notre but n'est pas de déterminer quelle est, parmi ces différentes méthodes, celle qui représente le traitement idéal valable dans tous les cas. D'abord, parce qu'il n'y a évidemment pas plus d'uniformité dans l'attitude thérapeutique qu'il n'y a d'égalité dans la gravité des diverses formes d'ulcères. Ensuite, parce que le choix du traitement d'urgence est fait par le chirurgien en fonction de considérations extrêmement diverses qui tiennent non seulement à l'évolution prévisible de l'ulcère, mais encore à l'état du malade, au délai qui sépare la perforation de l'intervention, aux conditions anatomiques, aux circonstances dans lesquelles se déroule l'intervention, etc... Notre propos est seulement de chercher à déterminer quels sont les cas où, toutes choses étant égales par ailleurs, il paraît logique de se contenter d'un traitement conservateur simple, et quels sont les cas où un traitement chirurgical à visée radicale paraît justifié.

CHAPITRE II

MATERIEL D'ETUDE

Notre travail repose sur l'étude d'observations d'ulcères perforés et suturés recueillis, d'une part dans le service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, d'autre part, dans le service de notre Maître, le Professeur Levrat.

1° La première série d'observations correspond aux malades hospitalisés au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot pour une perforation d'ulcère gastro-duodénal et traités chirurgicalement. Elles ont été recueillies de l'année 1945 à 1955 inclusivement.

Durant cette période de onze ans, 404 malades ont été admis au service d'urgence pour un tableau aigu perforatif :

- 144 ont été gastrectomisés d'urgence ;
- 208 ont subi une suture simple ;
- et, pour 52 malades, le chirurgien a associé une gastro-entéro-anastomose à la suture simple.

C'est ce dernier contingent de 260 malades que nous avons voulu étudier.

94 malades ont répondu de manière satisfaisante à un questionnaire qui leur a été adressé. Celui-ci a été rédigé de la manière la plus précise possible, sous la forme de deux rubriques principales, portant sur les antécédents préperforatifs *d'une part*, et sur l'évolution de la maladie ulcéreuse après guérison de l'épisode aigu, *d'autre part*.

Dans des antécédents préperforatifs, il a été recherché :

— les antécédents familiaux ulcéreux et gastriques chez les divers membres de la fratrie ;

— les antécédents personnels, leur ancienneté et leur type clinique ;

— les facteurs déclenchants, médicamenteux en particulier.

Dans le chapitre de l'évolution après suture de la perforation, deux possibilités étaient envisagées, selon qu'il y avait eu ou non intervention radicale secondaire.

— Si le malade n'avait pas été réopéré, il lui était demandé :

— s'il avait souffert de nouveau ;

— et, dans ce cas, étaient envisagées les différentes modalités de la récurrence et sa réaction au régime et au traitement.

— Si le malade avait subi une intervention itérative, il lui était demandé :

— la date, le lieu, la nature de la nouvelle opération ;

— et les raisons pour lesquelles avait été conseillée cette intervention.

La précision du questionnaire nous a obligé à une certaine sévérité pour retenir ces 94 observations. Leur nombre relativement restreint par rapport à certaines statistiques américaines, est en grande partie compensé par le recul de nos observations. En effet, pour ces 94 cas, le recul dont nous disposons est de *dix-huit ans au maximum* et de *huit ans* au minimum.

2° La deuxième série d'observations correspond aux malades hospitalisés dans le service du Professeur Levrat, de 1951 à décembre 1962, ayant présenté dans leurs antécédents une perforation d'ulcère gastro-duodénal suturé, avec

ou sans gastro-entéro-anastomose. Il s'agit de 70 observations.

Ces 70 malades ont été sélectionnés parmi les 134 cas d'ulcères perforés retrouvés dans les antécédents de malades hospitalisés pour ulcère dans le service du Professeur Levrat, soit 2.314.

Les 64 observations restantes correspondent :

— soit à des perforations en péritoine libre, traitées par gastrectomies ;

— soit à des perforations cloisonnées qui ont été également confiées au chirurgien pour une exérèse ;

— soit à des ulcères perforés et suturés au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot et hospitalisés ou suivis secondairement dans le service du Professeur Levrat. (Ils entrent donc dans notre première série d'observations).

Les 70 malades de cette dernière série ne représentent aucune valeur statistique en ce qui concerne l'évolution de l'ulcère après suture de la perforation, puisque la plupart ont été hospitalisés pour des signes cliniques en relation avec une récurrence de l'ulcère. La proportion des récurrences ulcéreuses y est évidemment plus importante que pour l'ensemble des sujets suturés.

Ils entrent cependant dans notre travail pour les notions étiologiques générales et dans l'étude analytique de la maladie ulcéreuse après l'épisode aigu perforatif.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE GENERALE DE LA PERFORATION

1° Fréquence globale de la perforation d'ulcère.

Il est très difficile de chiffrer avec précision la fréquence de la perforation au cours de l'évolution des ulcères. Selon que la statistique à laquelle on se rapporte provient d'un service de chirurgie ou d'un service de médecins, les estimations sont évidemment très différentes.

Nous avons cependant cherché à estimer la fréquence de la perforation en nous reportant à l'ensemble des ulcéreux qui ont été hospitalisés dans le service du Professeur Levrat, de 1951 à 1963, soit 2.314 malades. 134 d'entre eux ont eu une perforation d'ulcère, ce qui représente une *proportion de 5,7 %*. Ce chiffre n'a évidemment qu'une valeur d'orientation. Il est bien certain que plusieurs des malades hospitalisés à un moment dans le service ont pu être opérés dans un autre hôpital pour une perforation que nous avons ignorée, et qu'à l'inverse, certains sujets traités dans un service de chirurgie pour une perforation primitive n'ont pas été vus secondairement dans le service de médecine. Pour toutes ces raisons, il est impossible d'avoir un chiffre statistiquement valable. Notons seulement que le pourcentage auquel nous aboutissons est très voisin de celui cité par M. Girard et Rézillot au terme d'une étude statistique portant sur 976 ulcéreux hospitalisés dans un autre service de médecine. Ce pourcentage était en effet de 4,2 %.

D'importantes statistiques américaines donnent des pourcentages compris entre 3,6 % (Bockus) et 8 % (de Bakey).

2° Age.

Nous avons étudié l'âge auquel se produit la perforation dans 164 observations réunissant les 94 malades opérés en urgence au service de Porte, et les 70 malades du service du Professeur Levrat.

Nous reproduisons, par tranche d'âge, le nombre et le pourcentage des perforations :

inférieur à 20 ans	3	1,8 %
de 20 à 30 ans	21	12,8 %
de 30 à 40 ans	34	20,7 %
de 40 à 50 ans	53	32,6 %
de 50 à 60 ans	32	19,4 %
de 60 à 70 ans	15	9,1 %
de 70 à 80 ans	6	3,6 %
	164	100 %

Ainsi, près du tiers des perforations se produisent entre 40 et 50 ans. La moyenne d'âge est de 43 ans.

Les extrêmes sont représentés par un adolescent de 16 ans et un homme de 79 ans.

Ces chiffres correspondent à ceux que l'on a trouvés dans la littérature. Si, pour de Mourgues, la fréquence maxima est entre 20 et 30 ans, pour Palumbo et Sharpe, elle est entre 30 et 40 ans, tandis qu'Estes et Benett, Nussbaumer, Illingworth la situent entre 40 et 50 ans.

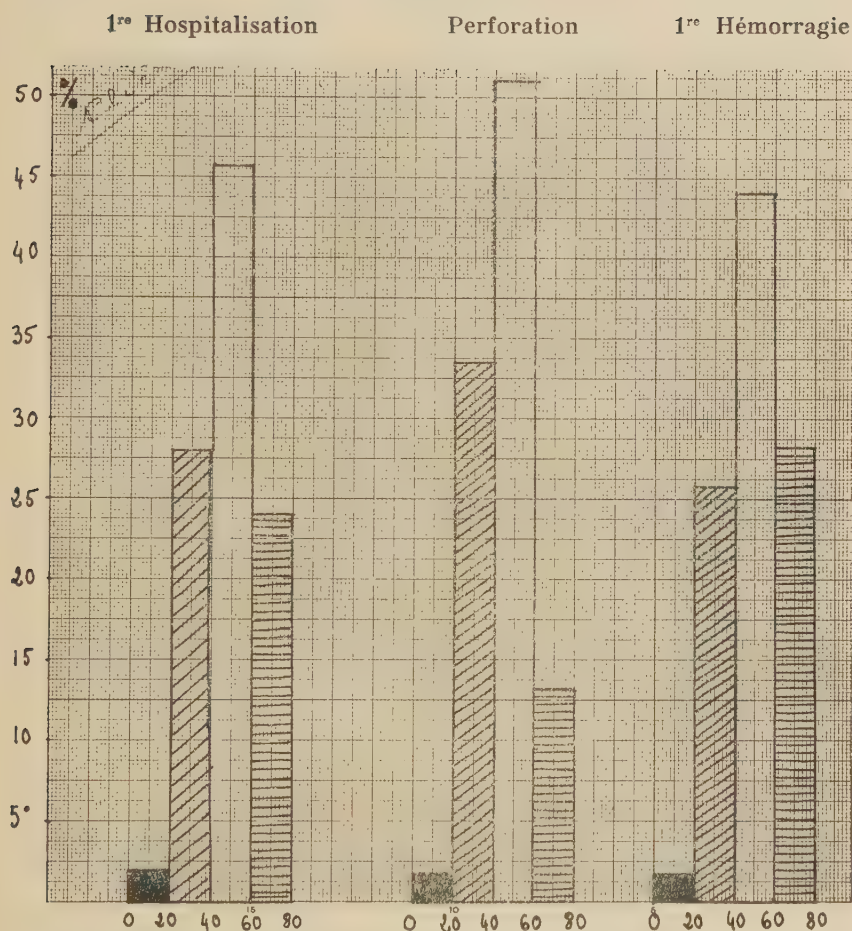
Il nous a paru intéressant, d'autre part, de comparer l'âge auquel se produit la perforation d'ulcère avec :

— l'âge des ulcéreux au moment de leur première hospitalisation dans le service du Professeur Levrat ;

— et l'âge de la survenue de la première hémorragie.

Nous reproduisons cette comparaison dans le tableau I.

TABLEAU I



Répartition des ulcères par tranche d'âge ; lors de la première hospitalisation, au moment de la perforation et au moment de la première hémorragie.

(Ce tableau est établi en pourcentage, à partir des ulcéreux hospitalisés dans le service du Pr Levrat)

Ce tableau permet de remarquer que la perforation est un accident sensiblement plus rare après la soixantaine, par rapport aux ulcéreux en général au moment de leur première hospitalisation, et surtout aux hémorragies ulcéreuses. En effet, nous trouvons 13 % d'ulcères perforés après la soixantaine, pour 28,4 % d'ulcères hémorragiques, chiffre donné par F. Martin dans sa thèse sur les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

3° Sexe.

L'étude de la fréquence de la perforation selon le sexe montre la prépondérance importante de cette complication chez l'homme.

En effet, sur 404 malades correspondant aux observations d'ulcères perforés traités chirurgicalement au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, associés aux 70 malades du service du Professeur Levrat, 24 femmes seulement ont présenté une perforation d'ulcère, soit un pourcentage de 5,9 %.

Ce chiffre correspond aux pourcentages donnés dans la littérature : Talheimer, 6,2 % ; Clavel, 6,66 % ; de Mourgues, 2,06 % ; Barber et Madden, 6,7 % ; Bierring, sur 240 observations de perforations, trouve 23 femmes, soit 9,6 % ; Quast, sur 344 malades, trouve 5,5 % ; Illingworth, 5 %.

Cette prédominance masculine dans les perforations d'ulcère s'explique en majeure partie par le fait que l'ulcère est essentiellement une maladie de l'homme. Dans la statistique de l'ensemble des ulcères du Professeur Levrat, nous trouvons 17 % de femmes et 83 % d'hommes. Cependant, la disproportion est ici plus accusée, c'est-à-dire qu'un ulcère de l'homme a statistiquement plus de chances de se perforer qu'un ulcère de la femme.

4° Localisation.

Pour le chirurgien, il est souvent difficile de préciser la situation de l'ulcère dans la région pyloro-duodénale. Il

intervient en effet sur des tissus remaniés, souvent œdémateux, et les différentes statistiques des ulcères perforés, uniquement suturés, sont parfois discordantes.

Si bien qu'il nous a paru intéressant de rajouter à nos 164 observations de sutures, les 144 cas où il a été pratiqué en urgence une gastrectomie, le chirurgien, pièce en main, déterminant avec plus de sûreté la localisation de la perforation d'ulcère par rapport au pylore.

Nous avons donc pu déterminer la localisation pour 308 perforations. Elles se répartissent ainsi :

Localisation	Nombre	Pourcentage
Duodénale	219	72,3 %
Pylorique	31	9,2 %
Petite courbure et prépylore	43	13,4 %
Grande courbure	1	0,3 %
Jéjunale postopératoire	10	3,4 %
Sous-cardiale	2	0,7 %
Genu Superius	2	0,7 %
	308	100 %

La localisation duodénale se révèle donc la plus fréquente, puisque 72,3 % de nos ulcères perforés siègent sur le duodénum. La comparaison avec les différentes statistiques confirme la prééminence de la localisation duodénale :

Il est également possible d'analyser la localisation de la perforation par rapport :

— d'une part à la localisation de l'ulcère chez les malades hospitalisés dans le service du Professeur Levrat ;

— d'autre part, à celle des ulcères qui se sont accompagnés d'hémorragies gastro-duodénales, recrutés égale-

Localisation	Duodénale	Pylorique	Gastrique
Notre statistique	72,3	9,2	18,5
De Mourgues	34,8	37,2	28
Clavel	66,7	19,3	14
Breyer et Brodart	56	12,7	31,3
Palumbo Sharpe	74,4	9,4	16,2
Illingworth	87	23	

ment dans le service du Professeur Levrat et cités par F. Martin dans sa thèse.

Nous transcrivons dans le tableau II les différents pourcentages.

Ce tableau invite à certains commentaires. Il révèle :

— d'abord que la localisation duodénale est plus fréquente dans les formes perforées (72,3 %) que pour l'ensemble des ulcères (62,8 %) ;

— ensuite que cette prédominance duodénale est encore plus marquée lorsqu'on compare les ulcères perforés aux ulcères hémorragiques. En effet, 72,3 % des ulcères perforés sont duodénaux, alors que 50,6 % des ulcères hémorragiques ont cette localisation.

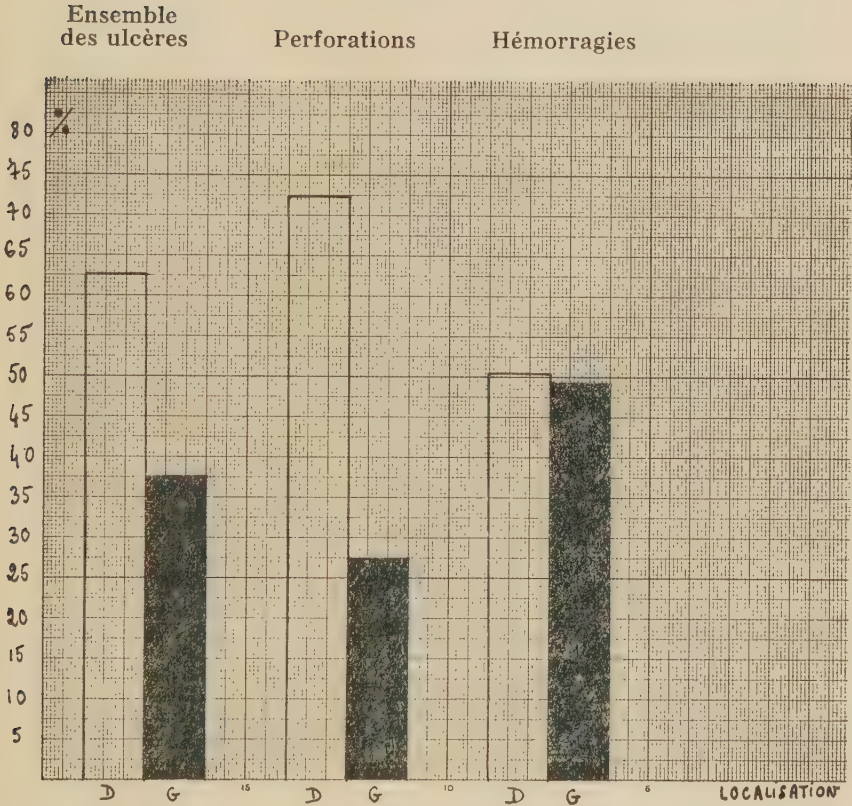
Il apparaît donc que, contrairement à ce qu'on observe en matière d'hémorragies, le risque perforatif est beaucoup plus élevé dans les ulcères duodénaux que dans les ulcères gastriques.

Deux notions nous ont paru intéressantes à signaler :

1° La fréquence relative de Kissing-ulcère.

Sur les 144 pièces de gastrectomies faites d'urgence au service de porte de l'Hôpital Edouard-Herriot, 10 malades présentaient une Kissing-ulcère avec perforation antérieure d'un ulcère, l'ulcère en regard sur le versant postérieur

TABLEAU II



Localisation des ulcères (duodénum et estomac) pour l'ensemble des ulcéreux, comparée avec la localisation dans les perforations et dans les hémorragies.

(Tableau établi en pourcentage à partir des ulcéreux hospitalisés dans le service du Pr Levrat)

n'étant pas perforé. Un seul malade présentait sur la pièce de gastrectomie (faite le 23 décembre 1955) une double perforation antérieure et postérieure. Ph. Masse cite une double perforation d'ulcère : un de la face postérieure du duodénum et un de la face postérieure de la portion verticale du corps de l'estomac.

Ces perforations multiples sont en réalité des faits exceptionnels ; Elliott en a rassemblé, en 1958, 26 observations dans la littérature. Mais ces observations ont pu servir d'arguments aux partisans non seulement du traitement opératoire de la perforation, mais encore aux partisans de la gastrectomie d'emblée.

2° La localisation suivant le sexe.

L'influence du sexe sur la localisation de l'ulcère perforé ne paraît pas déterminante. En effet, sur les 308 malades où la localisation a été précisée, on trouve 19 ulcères perforés chez la femme :

— 7 à localisation gastrique, soit 36,7 % ;

— 12 à localisation duodénale, soit 63,7 %,

ce qui, par rapport aux pourcentages généraux des ulcères perforés : 72,3 % duodénaux, 27,7 % gastriques, permet d'accuser une différence assez minime. Par rapport à ce qu'on observe chez l'homme, le risque perforatif chez la femme serait un peu plus important dans la localisation gastrique que duodénale.

Mais, il faut signaler qu'il ne s'agit que de 19 cas, et que, sur ce nombre relativement restreint, il semble difficile d'en tirer des conclusions statistiques valables.

5° Antécédents familiaux.

L'importance du facteur héréditaire dans la genèse de la maladie ulcéreuse est diversement appréciée suivant les auteurs. Les différences de l'ordre de 5 % à 74 %, selon les

statistiques, s'expliquent par le caractère systématique ou non de la recherche par un interrogatoire minutieux de ces antécédents ulcéreux familiaux.

Le Professeur Levrat s'est depuis longtemps intéressé à cette question, et, récemment, sur 2.000 malades de son service, présentant un ulcère certain, il retrouve 25,5 % des cas avec des antécédents ulcéreux : antécédents certains dans 15,5 % des cas, et probables dans 10 % des cas.

Dans une statistique antérieure portant sur 551 malades, spécialement interrogés sur ce point, la fréquence des antécédents familiaux atteignait 38 % des cas.

Dans notre statistique, portant sur 164 observations d'ulcères perforés, nous avons retenu 35 cas d'antécédents familiaux, soit 21,2 %.

Nous résumons, dans le tableau ci-dessous, les résultats de nos recherches en ce qui concerne les antécédents familiaux :

	Antécédents Ulc. certains	Antécédents Ulc. probables	Aucun antécédent	Non recherchés
Nombre 164	29	6	11,3	16
Pourcent.	17,6 %	3,6 %	68,8 %	10 %

Les chiffres que nous trouvons sont donc, à peu de chose près, identiques à ceux donnés par M. Levrat :

— 21,2 % d'antécédents familiaux contre 25,5 %,
dont

— 17,6 % d'antécédents certains contre 15,5 %,
et

— 3,6 % d'antécédents probables contre 10 %.

Enfin, dans 14 observations, plusieurs membres de la fratrie présentaient un ulcère, soit 8 % des cas. Il faut signaler que ces chiffres sont sans doute inférieurs à la réalité, et seraient très probablement plus élevés, d'une part

si l'interrogatoire était orienté chaque fois vers la recherche de ces antécédents, et, d'autre part, si l'imprécision d'un questionnaire était évitable.

Il eût été intéressant également de savoir si l'hérédité intervenait dans le déterminisme de la perforation, si l'on pouvait dégager la notion d'une diathèse perforative familiale, mais l'interrogatoire n'a pas été systématiquement orienté dans ce sens, et, chez les malades dont les parents avaient été opérés pour un ulcère gastro-duodénal, la raison de l'indication chirurgicale n'a pu nous être fournie.

6° Antécédents personnels.

En face d'un syndrome douloureux aigu abdominal, la recherche et la découverte d'antécédents ulcéreux chez le malade sont des arguments de poids pour l'orientation du diagnostic vers une perforation d'ulcère.

Nous nous sommes attachés, dans ce travail, à en rechercher dans nos 164 observations la fréquence, le type et l'ancienneté.

1° LA FRÉQUENCE.

Les antécédents ulcéreux ou gastriques chez nos malades sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Total	Aucun antécéd.	Antécédents	Non recherch.
164	48	113	3
%	29,2	68,8	2

Les statistiques françaises et étrangères affichent des chiffres sensiblement identiques. Les différences sont liées à la difficulté d'un interrogatoire minutieux, chez des malades urgents, en plein drame abdominal.

	Antécédents	Aucun antécéd.
Notre statistique	68,8 %	29,2
Breyer et Brodart	69,5	22,8
Barber et Madden	80	20
Forty	88	12
De Mourgues	58	24,76
Talheimer	44	45
Hastings	86	14
Johanson	87	13

2° LE TYPE.

Le type des antécédents pour nos 164 observations se répartit en deux groupes :

— Les antécédents ulcéreux certains. Ils représentent 81 malades, soit 49,3 %.

— Les antécédents atypiques se retrouvent chez 32 malades, soit 19,5 %.

Si nous les rapportons aux 113 cas seulement où il existe des antécédents, nous trouvons :

— des antécédents typiques dans 71,7 % des cas,

— des antécédents atypiques dans 28,3 % des cas.

A) Donc, dans près des 3/4 des observations où l'on relève des antécédents, il s'agit d'un ulcère manifeste, qu'il ait fait sa preuve :

— le plus souvent par un syndrome douloureux épigastrique post-prandial périodique, dans 69 observations, le diagnostic ayant été confirmé dans de nombreux cas par l'exploration radiologique gastro-duodénale ;

— dans 5 cas, par une hémorragie gastro-duodénale ;

— dans 7 cas, par une intervention antérieure, pour ulcère. Dans 3 observations, il s'agissait d'une intervention

chirurgicale pour une première perforation entrant alors dans le cadre des perforations itératives.

B) Les antécédents atypiques prennent le plus souvent l'aspect clinique d'épisodes dyspeptiques périodiques, de douleurs ou de brûlures gastriques pour lesquelles le rythme et la périodicité manquent. Il est à noter que les antécédents typiques sont retrouvés avec une plus grande fréquence chez les malades hospitalisés dans le service du Professeur Levrat, ce qui prouve la suprématie de l'interrogatoire sur un questionnaire même précis.

3° L'ANCIENNETÉ DES ANTÉCÉDENTS ULCÉREUX.

Comme nous l'avons vu à propos de la fréquence des antécédents, le nombre des perforations que l'on peut appeler inaugurales, sans que l'interrogatoire ait pu déceler des signes cliniques évoquant de près ou de loin l'ulcère, est de 29,2 %. Ils doivent être rapprochés des observations où les antécédents sont inférieurs à six mois, se rapprochant alors des « ulcères aigus perforés ».

Leur définition est d'ailleurs controversée. Pour Gilmour, la définition est anatomique sur les données de l'intervention, alors que pour Taylor, Dean et Clark, elle est

	Nombre	Pourcentage
Antécédents nuls ou inférieurs à 6 mois	68	42,8
de 6 mois à 1 an	6	3,7
de 1 an à 5 ans	43	26,7
de 5 ans à 10 ans	17	10
de 10 ans à 20 ans	17	10
supérieurs à 20 ans	10	6,8
	161	100 %

clinique, les antécédents devant être nuls ou inférieurs à six mois.

Nous avons donc repris l'ensemble de nos perforations où les antécédents étaient notés, soit 161, et nous avons recherché le pourcentage de ces ulcères en fonction de l'ancienneté de l'évolution.

Les chiffres que nous avons relevés dans la littérature concernant l'ancienneté des antécédents ulcéreux, avant l'épisode aigu perforatif, coïncident avec ceux de notre statistique.

	Antécédents nuls ou infér. à 5 ans	Antécédents supér. à 5 ans
Notre statistique	73,2	26,8
Breyer et Brodart	72,1	27,9
Forty	69	31
Luer	64,4	35,6
Nussbaumer	64,5	35,5
Illingworth	70,3	29,7
Dean et Clark	68,1	31,9

Ainsi, de l'étude des antécédents personnels préperforatifs, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions :

1° La perforation peut survenir à tout moment de la maladie ulcéreuse. Elle est cependant plus fréquente au cours des cinq premières années de l'évolution.

2° Dans 29,2 % des cas, c'est-à-dire dans près de 1/3 des cas, la perforation inaugure la maladie ulcéreuse.

3° Lorsque les antécédents existent, ils sont typiques dans les 3/4 des cas.

4° Enfin, dans 42,8 % des observations, les antécédents

sont nuls ou récents. Certains de ces cas appartiennent vraisemblablement au groupe d'ailleurs imprécis des ulcères aigus.

7° Facteurs déclenchants.

Dans notre travail, le nombre des causes manifestement déclenchantes de la perforation d'un ulcère gastro-duodéal reste relativement peu important. Ceci tient en partie à l'imprécision des observations recueillies au service d'urgence.

Cependant, dans un certain nombre d'observations, trop restreint pour avoir une valeur statistique, nous avons retrouvé des facteurs susceptibles soit de déclencher, soit de favoriser la perforation.

— Dans 3 cas, un traumatisme épigastrique violent a précédé la perforation (24 heures avant dans 2 cas. Le jour même dans la perforation de la troisième observation).

— Dans 2 cas, une radiographie gastrique, en vue d'authentifier un ulcère que la clinique suspectait, avait été pratiquée la veille de la perforation. Le liquide de contraste a été retrouvé dans la cavité péritonéale, ce qui a permis d'ailleurs le diagnostic.

— Dans 4 observations, un déclenchement médicamenteux a été signalé. Deux malades étaient sous traitement cortico-thérapique : un homme pour une hépatite ictérigène prolongée, une malade traitée depuis plusieurs années pour une polyarthrite chronique évolutive. Deux autres malades étaient traités depuis une dizaine de jours pour des algies articulaires, l'un par de la phénylbutazone, l'autre par des doses d'aspirine importantes : 2 gr 50/jour.

Le fait que notre statistique soit relativement ancienne et que l'interrogatoire n'ait pas été spécialement orienté sur ce point, explique le petit nombre de déclenchements médicamenteux.

Les facteurs tant traumatiques que médicamenteux sont classiques, et de nombreuses statistiques en font état. Breyer cite dans sa thèse trois observations où un traumatisme de l'hypochondre gauche, un examen radiologique gastrique et un traitement à la triamcinolone ont pu être incriminés. Hamant et Rothau citent également trois cas de perforations survenues après des traumatismes abdominaux. Shipley cite deux traumatismes directs de la région épigastrique et deux repas barytés, dans les 24 heures qui ont précédé la perforation.

Cette notion de traumatisme déclenchant a intéressé certains auteurs qui ont recherché les professions de leurs malades hospitalisés pour perforation d'ulcère, et Hamant et Rothau notent 90 % de travailleurs manuels pour 10 % de sédentaires. Shipley, 86 % de travailleurs manuels. Chez 70 de nos malades, où la profession était notée, nous avons trouvé 74 % de travailleurs manuels. Ces chiffres n'ont en réalité que peu d'intérêt statistique. Ils dépendent en réalité du recrutement social de tel ou tel hôpital. Cependant, leur relation avec les traumatismes déclenchants, qui sont relativement fréquents, semble intéressante à signaler.

D'autre part, il nous a été difficile de donner l'heure précise de la perforation et de ses relations avec les repas. Notre impression, cependant, est que, dans le plus grand nombre des cas, la perforation se fait loin des repas, à la fin de la poussée douloureuse post-prandiale. Ceci rejoint les idées de nombreux auteurs, et Estes et Bennet ont pu préciser, sur une série de 53 perforations, l'horaire de celles-ci par rapport au repas, et, dans 72,7 % des cas, ils relèvent, entre la perforation et le repas, un délai de 3 à 5 heures. De même, Hamant et Rothau situent, à propos de 114 observations, l'heure de la perforation entre 3 et 4 heures après les repas dans 80 % des cas. Ceccaldi, dans une étude des perforations chez les musulmans, relève une augmentation très importante de cette complication pendant la période de jeûne du Ramadan, 33,7 % se perforant à cette époque de l'année.

CHAPITRE IV

LA PERFORATION

Si le tableau clinique de la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal est classique, si, comme nous l'avons vu, les méthodes de traitement sont variées et discutées, nous avons pu, dans nos observations, dégager un certain nombre de faits concernant :

- le tableau clinique ;
- les divers types d'intervention ;
- la mortalité immédiate.

1. — Le tableau clinique.

Il nous a paru inutile de revenir sur le tableau clinique de la perforation d'ulcère ; certains points, cependant, nous ont semblé intéressants à relever.

A) LE SYNDROME PRÉPERFORATIF.

Il consiste en une augmentation des douleurs ulcéreuses, qui, d'abord post-prandiales, deviennent, dans les jours qui précèdent la perforation, très intenses et pratiquement subcontinues.

Sur 474 malades associant les 404 malades opérés au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot et les 70 malades du service du Professeur Levrat, il n'a été noté que dans 39 cas, soit dans 8,2 % des cas.

Breyer le retrouve dans 5 cas sur 143, soit dans 3,5 % des cas. Estes et Bennet, sur 80 malades, le signalent dans 3,7 % de leurs observations.

B) La radiographie de l'abdomen debout sans préparation, relevant un *pneumo-péritoine*, est un élément capital pour le diagnostic d'une perforation digestive.

Nous avons trouvé la notion de sa présence ou non dans 83 observations. Il était alors net dans 55 cas, soit 66,26 %. Johanson, à propos de 200 cas d'ulcères perforés, signale son existence dans 77,4 % de ses observations.

Si donc son existence est un argument de poids dans le diagnostic d'une perforation d'ulcère, son absence ne permet pas de l'éliminer.

C) Il nous a paru également intéressant de retenir la *rareté de l'hématémèse* associée à la perforation. Sur les 474 observations, cette association n'a été retrouvée que 4 fois. Le pronostic immédiat se trouve d'ailleurs aggravé, puisque, dans 3 cas, l'évolution post-opératoire a été fatale dans les jours suivant immédiatement l'intervention. Il est vrai, et c'est le cas pour 2 de ces observations, que l'intervention s'est trouvée retardée par la difficulté du diagnostic dans de telles associations.

D) Si le diagnostic clinique de la perforation d'ulcère en péritoine libre est, dans la grande majorité des cas, facile, l'existence d'un syndrome atypique, joint à l'absence d'antécédents et à la négativité de la radiographie abdominale, le rend quelquefois difficile, et d'autres hypothèses diagnostiques peuvent être envisagées.

Le plus souvent, la confusion se fait avec l'appendicite aiguë, et, dans 8,84 % de nos observations, l'intervention avait débuté par une incision de Mac Burney.

Ces erreurs possibles de diagnostic ont pu être, pour certains, un argument contre la méthode non-opératoire du traitement de la perforation.

Notre pourcentage de 8,84 % correspond à celui de Clavel qui, en 1953, chiffrait à 8 % l'erreur de diagnostic.

En 1957, Taylor, sur 256 observations d'aspirations, accusait 18 erreurs d'indication, soit dans 7 % des cas :

- dans 7 cas avec l'appendicite aiguë ;
- dans 2 cas avec une occlusion aiguë ;
- dans 4 cas avec une cholécystite aiguë ;
- dans 5 cas avec d'autres diagnostics, essentiellement la pancréatite aiguë, d'autant que, comme l'ont montré Rogers et Wapshap à propos de 2.000 ulcères perforés, l'amylasurie atteint 500 unités Wohlegemuth dans près de la moitié des cas.

Pour Fontaine, le retard opératoire est minime et il ne le signale que dans 1 observation sur 163 ulcères perforés aspirés, soit dans 0,6 % des cas.

Pour Mialaret, ce risque, réel, n'existe que dans le cas où l'on s'entête à une aspiration inefficace après la 5^e heure.

2. — Le traitement chirurgical.

Nous avons, dans un chapitre précédent, tenté de décrire les avantages et les inconvénients des différentes méthodes qui sont proposées au chirurgien devant une perforation d'ulcère, qu'il soit gastrique ou duodénal.

Il faut souligner que, de plus, les indications sont affaire d'organisation chirurgicale d'un service d'urgence, des conditions générales et locales chez le malade autant que des préférences individuelles.

Ainsi, sur les 404 malades hospitalisés dans le service de garde de l'Hôpital Edouard-Herriot pendant une période de 11 ans, de janvier 1945 à décembre 1955, l'éclectisme des chirurgiens de garde se trouve objectivé par le nombre respectif des diverses interventions, puisque nous relevons :

- 208 sutures simples ;
- 52 sutures associées à une gastro-entéro-anastomose ;
- 144 gastrectomies d'emblée.

Il nous a paru intéressant de transcrire ces chiffres bruts dans le temps, en étudiant la répartition suivant l'année des différentes modalités chirurgicales, en pourcentage. Nous en transcrivons les résultats dans le tableau III.

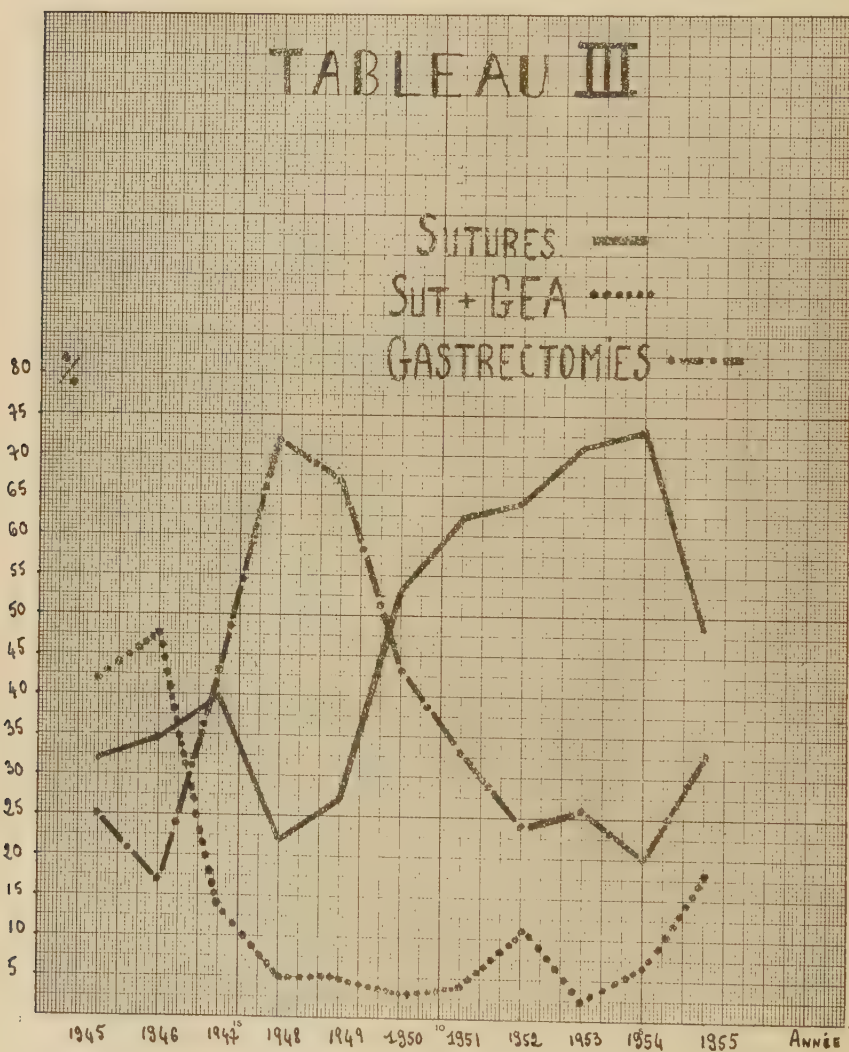


TABLEAU III

Fréquence relative des diverses interventions pratiquées au service d'urgence de l'Hôpital E.-Herriot chez les malades atteints d'ulcères perforés de 1945 à 1955 (en pourcentage).

Ce tableau comparatif permet de mettre en évidence la relative diminution des gastrectomies au profit des sutures simples, alors que le pourcentage de sutures associées à une intervention de dérivation reste à peu près stable.

Il révèle, en outre, l'évolution des idées en ce qui concerne le traitement d'urgence des perforations, montrant qu'il n'existe pas de règle univoque.

Il faut cependant rappeler :

— qu'il n'a pas été tenu compte des ulcères perforés traités par l'aspiration type Taylor ;

— que notre statistique s'arrête en 1955.

3. — Mortalité opératoire.

Nous entendons par mortalité opératoire, les exitus soit immédiats, soit dus aux accidents précoces qui ont compliqué l'intervention lors de la première hospitalisation.

Nous étudierons les taux de mortalité :

— de manière globale ;

— suivant les années ;

— suivant le type d'intervention.

A) MORTALITÉ GLOBALE.

Indépendamment de la méthode chirurgicale employée, sur 404 ulcères perforés traités au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, nous avons relevé 37 cas de mort, soit un pourcentage de 9,15 %.

B) MORTALITÉ DANS LE TEMPS.

Si donc, le taux de mortalité reste important de manière globale, il faut remarquer qu'au cours des années,

avec l'apparition de l'antibiothérapie associée au traitement chirurgical, avec les progrès de l'anesthésie et de la réanimation pré- et post-opératoire, la mortalité n'a fait que diminuer.

Nous reproduisons ci-dessous, par année, cette mortalité en nombre et en pourcentage :

Années	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	Total
Nombre d'ulcères perforés	31	23	34	40	18	32	42	50	52	44	38	404
Nombre de décès	5	4	2	3	2	3	3	4	6	4	1	37
Mortalité taux	16,1	17,3	5,8	7,5	11,1	9,3	7,1	8	11,5	9,09	2,6	9,15

Ainsi, le taux de la mortalité a nettement diminué dans le temps puisque nous enregistrons :

— d'une part, 11,2 % de moyenne pendant la période de 1945 à 1950, pour 7,6 % de moyenne pour la période de 1950 à 1955 ;

— d'autre part, la différence s'accuse pour les extrêmes, passant de 16,1 % en 1945 à 2,64 % en 1955.

Dans la littérature, les auteurs mettent bien en évidence cet abaissement constant du taux de la mortalité,

Avant 1945	De 1945 à 1955	De 1955 à 1962
De Mourgues : 28,35 %	Bierring : 15,7 %	Breyer : 9,7 %
Forty : 17 %	Johanson : 16,5 %	Muller : 8,8 %
Clavel : 20 %	Luer : 17,2 %	Fontaine : 4,3 %
Shypley : 26 %	Fontaine : 15 %	Mialaret : 0 %
De Bakey : 20 %	Quast : 15,7 %	Palumbo : 0 %

indépendamment d'ailleurs du procédé thérapeutique utilisé.

C) MORTALITÉ SUIVANT LE TYPE D'INTERVENTION.

Nous avons également précisé, chez les 404 ulcères perforés traités d'urgence, le taux de la mortalité suivant la méthode chirurgicale employée. Nous en donnons les résultats dans le tableau ci-dessous :

	Sutures	Sutures + GEA	Gastrectomies
Nombre d'ulcères perforés	208	52	144
Nombre de décès	24	5	8
Taux de mortalité %	9,61	8,66	5,55

Ainsi, le taux de la mortalité immédiate se révèle être nettement défavorable à la suture (9,61) par rapport à la gastrectomie (5,55), ce qui semble paradoxal, mais qui correspond aux données de la littérature. En 1952, Jordan et de Bakey comparaient la mortalité des différentes interventions pour ulcères perforés, donnant des chiffres comparables à ceux de notre statistique.

- Suturés 10,9 % de mortalité
- Interventions variées ... 7,7 % de mortalité
- Gastrectomisés 2,2 % de mortalité

Ce fait paraît donc paradoxal, la gastrectomie paraissant plus choquante, plus difficile chez ces malades, en pleine péritonite, que la simple suture. En fait, ce taux de mortalité, nettement favorable chez les gastrectomisés, s'explique par le fait que cette intervention est réservée aux sujets à l'état général relativement bon, alors que,

dans de nombreux cas, la suture simple n'a été réalisée que par obligation, soit que le malade présente une tare générale vasculaire, éthylique, respiratoire, soit que l'intervention révèle des conditions locales imposant un geste simple et rapide : péritonite évoluant depuis de nombreuses heures, parfois même depuis 24 à 48 heures.

*
**

Ainsi, au terme de l'étude de la perforation, certaines données peuvent être retenues :

— Du point de vue clinique, outre la rareté de l'hématémèse associée à la perforation, mais qui aggrave le pronostic, la difficulté dans 8,84 % des cas du diagnostic, ce qui a pu être pour certains un argument contre la méthode non-opératoire.

— Du point de vue pronostic immédiat, la décroissance du taux de mortalité opératoire dans tous les types d'intervention. Par ailleurs, il semble qu'à l'heure actuelle, le taux de la mortalité ne soit plus un élément déterminant dans le choix de la méthode thérapeutique en face d'un ulcère gastro-duodénal perforé.

CHAPITRE V

EVOLUTION DE L'ULCERE APRES SUTURE

Notre étude est ici double :

— *Statistique* d'une part ; nous avons alors utilisé des observations recueillies dans le service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, qui sont de recrutement homogène.

— *Analytique* d'autre part ; aux malades précédents, nous avons alors associé les 70 malades du service du Professeur Levrat.

A. — ETUDE STATISTIQUE

Elle a donc été réalisée grâce aux 94 malades suturés au service d'urgence entre le 1^{er} janvier 1945 et décembre 1955 et que nous avons pu suivre. La grande majorité de ces malades ont répondu au questionnaire que nous avons présenté, certains ont été revus en consultation.

Ces observations sont donc valables, par leur caractère homogène et par le recul dont nous disposons : 18 ans au maximum, 8 ans au minimum, 13 ans de moyenne. Le délai de suite est donc très important par rapport aux chiffres de la littérature qui affichent pour les délais les plus longs : Bierring, 12 ans ; Johanson, 16 ans ; Palumbo, 13 ans ; Quast, 10 ans.

Nous étudierons d'abord nos chiffres bruts, pour les comparer, dans un deuxième temps, avec ceux de travaux similaires.

1° Les chiffres bruts.

— Sur nos 94 malades, 83 peuvent être seuls retenus pour une étude éloignée. Dans 11 observations, en effet, il a été réalisé par un chirurgien, dans le mois ou les premières semaines qui ont suivi la perforation, une gastrectomie de principe. L'opération a été décidée sans qu'il y ait eu une reprise du syndrome douloureux ni une complication de la suture ayant nécessité une intervention itérative.

— Les 83 observations ont été groupées sous trois rubriques, correspondant aux différentes modalités évolutives de l'ulcère après suture :

- *Premier groupe de malades n'ayant jamais resouffert : 32 malades, soit 38,5 %.*
- *Deuxième groupe de malades ayant présenté des troubles mineurs ou atypiques : 8 cas, soit 9,7 %.*
- *Troisième groupe de malades dont l'ulcère a récidivé de manière certaine : 43 cas, soit 51,8 %. Sur ces 43 malades, 29 ont dû subir une intervention chirurgicale, soit 34,9 %.*

2° La comparaison de nos résultats avec les chiffres donnés par les auteurs est transcrite dans le tableau ci-joint (tableau IV).

Ce tableau invite à quelques commentaires : il rassemble un total de 5.808 ulcères perforés suturés, et, si l'on fait une moyenne des pourcentages donnés par les divers auteurs, on note :

- 33 % de malades n'ayant pas re-souffert ;

TABLEAU IV

Auteurs	Nombre de cas	Recul	Cas ne présentant aucun symptôme %	Symptômes mineurs et atypiques %	Récidives %	
					Totales	Réopérées
Statistique personnelle	83	8 à 18 ans	38,5	9,7	51,8	34,9
Muller	217	6 mois à 8 ans	32	17,2	50,8	
Breyer	93	6 mois à 6 ans	31,2		68,8	34,4
Bierring	174	4 ans à 12 ans	25,1	19,8	55,1	33,8
Forty	70	1 an à 5 ans	45,7		54,3	14,3
Weiss	82	18 mois à 7 ans	29,2		71,8	68,2
Johanson	121	15 mois à 16 ans	43		57	40,5
Luer	102	5 ans	21,6		78,4	30,8
Hastings	360	5 ans	34,5		65,5	29,5
Palumbo	143	13 mois à 13 ans	23,1		76,9	60,8
Illingworth	457	5 ans	35		65,5	14,2
Houston	211	1 an à 10 ans	36,5		63,5	31,3
Quast	2551	1 an à 10 ans	31		69	49
Moore	57	6 mois à 2 ans	22,8		77,2	29,8
Dean-Clark	170	9 ans	28	21	51	40
Parker	764	non sigal.	50,8		49,2	18,3

— 62,8 % de malades ayant présenté une récurrence, 34,3 % ont dû être réopérés.

Ainsi, du point de vue statistique, on peut relever :

1° Que dans 1 *cas sur 3*, le malade, après la suture de sa perforation, peut ne plus jamais souffrir de son ulcère ; 33 % en moyenne ; 38,5 % dans notre statistique.

2° L'appréciation des récurrences ulcéreuses est plus délicate et explique en partie les différences, d'ailleurs mineures, entre les statistiques. En effet, la moyenne des récurrences est de 62,8 % pour 51,8 % dans notre statistique. Ceci dépend, outre les différents modes d'établissement des statistiques, de la distinction ou non, selon les auteurs, entre récurrences certaines et troubles mineurs ou atypiques. Ceux-ci ne sont pas signalés dans tous les travaux et sont mis, pour les uns, dans le cadre des récurrences, pour les autres, dans le cadre des malades ne présentant pas ou peu de symptômes.

3° Enfin, dans près de 1 *cas sur 3*, le malade perforé, suturé est amené à une intervention ultérieure du fait de la reprise évolutive de son ulcère.

34,3 % de moyenne ; 34,9 % dans notre statistique.

B. — ETUDE ANALYTIQUE

Il nous a paru important d'étudier :

— dans quelles limites les conditions étiologiques de la perforation (âge, sexe, antécédents familiaux et personnels) interviennent dans le déclenchement ou dans l'absence de récurrences après l'épisode aigu perforatif ;

— et, dans les cas de récurrences, dans quel délai se produisent-elles, quelles en sont les modalités symptomatiques, et quel en a été le traitement.

Ces notions permettant d'avoir une vue d'ensemble sur la place de la perforation au cours de la maladie ulcéreuse et d'en déduire les indications thérapeutiques les meilleures possibles.

Pour ce faire, nous reprendrons les trois groupes relevés dans notre étude statistique :

- GROUPE I : malades n'ayant pas souffert.
- GROUPE II : malades présentant des signes cliniques atypiques.
- GROUPE III : malades ayant présenté une récurrence ulcéreuse.

Nous avons donc joint aux 83 malades opérés au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, 62 observations du service du Professeur Levrat, utilisables par leur recul.

Il ne s'agit donc pas d'une étude statistique puisque les malades du service du Professeur Levrat ont été hospitalisés la plupart du temps pour des symptômes en relation avec leur maladie ulcéreuse. Elle ne tient pas compte des malades vus par d'autres médecins ou dans un autre service hospitalier, ni des bien-portants qui n'ont pas consulté. Ces observations offrent par contre l'intérêt d'un recul souvent très important puisque, dans 20 cas, il est supérieur à 15 ans, atteignant même 37 ans dans une observation (H. 20.670).

Le nombre des observations utilisées est donc de 145 avec respectivement :

- 39 pour le Groupe I
- 9 pour le Groupe II
- 97 pour le Groupe III

A l'intérieur de chacun de ces groupes, nous envisagerons l'étude des différents facteurs étiologiques. Nous comparerons ainsi la fréquence de chacun de ces facteurs dans le groupe considéré, par rapport à leur fréquence

pour l'ensemble des ulcères perforés, indépendamment de leur évolution après perforation (chapitre III).

Groupe I

Ce groupe correspond à 39 observations de malades qui n'ont présenté aucun symptôme d'ulcère après la suture de la perforation.

1° Nous étudierons d'abord l'influence de *l'âge* au moment de la perforation, dans ce groupe de malades. Nous les répartissons par tranche d'âge et nous comparons cette répartition à celle que nous avons établie pour l'ensemble des ulcères perforés (chapitre III). Nous donnons les chiffres en valeur absolue et les pourcentages.

Tranches d'âge (âge du malade lors de la perforation)	Ensemble des ulcères perforés, suturés		Ulcères perforés sans récidive après suture	
	Nombre	%	Nombre	%
Inférieur à 20 ans	3	1,8	0	0
De 20 à 30 ans ..	21	12,8	1	2,5
De 30 à 40 ans ..	34	20,7	6	15,3
De 40 à 50 ans ..	53	32,6	19	48,7
De 50 à 60 ans ..	32	19,4	7	18,5
De 60 à 70 ans ..	15	9,1	4	10
De 70 à 80 ans ..	6	3,6	2	5
	164	100 %	39	100 %

Ce tableau comparatif met en évidence l'influence nette de l'âge en montrant :

— que l'absence de récidives est rare, lorsque la perforation s'est produite chez un sujet jeune avant 30 ans. Ces

malades ne représentent, en effet, que 2,5 % des sujets qui n'ont pas récidivé, alors qu'ils représentent 14,6 % des ulcères perforés en général ;

— que, par contre, les évolutions favorables après suture sont surtout le fait des sujets qui ont eu une perforation après 40 ans. Ces sujets représentent, en effet, 82,2 % des sujets du groupe I, alors qu'ils ne représentent que 64,4 % de l'ensemble des ulcères perforés.

Ces notions correspondent aux données générales sur l'ulcère. Plus la maladie débute tard, moins l'évolution semble grave, et, de même que dans nos statistiques, Luer, Dean et Clark retrouvent une absence de récidi- ves chez les malades suturés entre 30 et 50 ans, dans 49 % des cas pour l'un, 65 % des cas pour l'autre.

2° Il nous paraît, par contre, difficile de tirer des conclusions sur l'influence du *sexe* dans l'absence de récidi- ves. Sur 39 malades du premier groupe, nous avons seulement 2 femmes, soit 4,9 %, correspondant au pourcentage global des perforations chez la femme qui est de 5,9 %.

3° *Les antécédents familiaux* que nous avons trouvés dans le nombre total de nos ulcères perforés existaient dans 21,2 %. Dans ce groupe des non-récidives, ils existent dans 12,8 % des cas, et, dans de *nombreux* cas, il ne s'agit pas d'antécédents ulcéreux certains, mais de symptomatologie gastrique évoquant un terrain ulcéreux dans la fratrie.

Ainsi, chez les malades qui n'ont pas récidivé après suture de leur perforation, les antécédents familiaux sont deux fois plus rares que pour l'ensemble des ulcéreux perforés.

4° *Les antécédents personnels*, étudiés dans leur fréquence et leur ancienneté, révèlent de notables différences.

a) La fréquence globale est nettement inférieure.

Sur les 39 malades du groupe I, 19 seulement présentent des antécédents personnels :

— typiques d'ulcères dans 33,33 %,

— ou gastriques dans 15,3 %,

soit 48,6 %, chiffre donc nettement inférieur aux 68,8 % trouvés dans les conditions étiologiques générales de la perforation.

b) L'ancienneté du syndrome ulcéreux, avant la perforation, influe également sur l'évolution ultérieure vers l'absence de récurrence. Nous transcrivons dans le tableau ci-dessous l'ancienneté des antécédents en comparant le groupe I à l'ensemble des ulcères perforés (chapitre III).

Ancienneté des antécédents	Ensemble des ulcères perforés et suturés		Ulcères perforés sans récurrence après suture	
	Nombre	%	Nombre	%
Nuls ou inférieurs à 6 mois	68	42,8	23	59
6 mois à 1 an ..	6	3,7	2	5,1
1 an à 5 ans ..	43	26,7	9	23,1
5 ans à 10 ans ..	17	10	0	0
10 ans à 20 ans ..	17	10	5	12,8
20 ans et plus	10	6,8	0	0
	161	100 %	39	100 %

Donc, dans la majorité des cas, où la perforation suturée n'a été suivie d'aucune récurrence, les antécédents sont nuls ou inférieurs à 6 mois, correspondant alors à la notion d'ulcère aigu. Dans 87,2 %, les antécédents sont inférieurs à 5 ans.

Les exceptions ne sont cependant pas une rareté puisque, dans 5 observations, où la maladie ulcéreuse s'était manifestée, de 10 à 20 ans, avant la perforation, celle-ci semble marquer le terme de la maladie : deux observations

nous paraissent intéressantes à citer qui rendent compte de cette évolution qui paraît paradoxale.

M. D... (observ. A. 29.167). — 45 ans, présente des antécédents familiaux. Sa mère a été gastrectomisée pour un ulcère gastro-duodénal. Il souffre par période depuis 1934, c'est-à-dire 12 ans avant sa perforation qui est suturée le 28 octobre 1946. Le malade est revu en 1963, donc 17 ans après sa perforation, et il ne présente aucun symptôme depuis sa suture, sans suivre ni régime ni traitement.

M. J... Pierre (observ. A. 20.448). — Sans antécédents familiaux, mais, depuis 1939, un syndrome ulcéreux typique périodique, objectivé par des radiographies, c'est-à-dire 12 ans avant la suture de sa perforation, le 29 juin 1951. Les radiographies gastriques réalisées dans les années qui suivent la perforation ne révèlent aucune lésion ulcéreuse, d'ailleurs, 12 ans après sa perforation, le malade n'a jamais souffert, sans régime ni traitement.

Ces faits sont difficilement explicables. Il semble donc que, dans certains cas, la perforation éteigne l'évolution de la maladie ulcéreuse.

5° *La localisation de l'ulcère.*

L'influence est difficile à prouver pour les raisons données plus haut, c'est-à-dire à cause de la difficulté de localiser avec précision l'ulcère par rapport au pylore.

Nous retrouvons, chez les malades qui n'ont pas eu de récides, un pourcentage respectif de :

- 64 % de localisation duodénale ;
- 7,7 % de localisation pylorique ;
- 28,3 % de localisation gastrique.

En regard, des chiffres d'ensemble donnant :

- 72,3 % d'ulcères perforés duodénaux ;
- 9,2 % d'ulcères perforés pyloriques ;
- 18,5 % d'ulcères perforés gastriques.

Il semble que la localisation gastrique implique un pronostic légèrement plus favorable que la localisation duodénale. Cette notion est d'ailleurs soulignée dans un grand nombre de publications, et en particulier par Ivy et Grossmann.

La perforation d'un ulcère jéjunal post-opératoire n'est pas, nous l'avons vu, une exception puisque, sur 308 cas, nous avons relevé 10 observations, soit 3,4 %. La perforation d'un ulcère récidivant post-opératoire traduit le plus souvent une évolution ulcéreuse sévère ; cependant, dans notre groupe de malades n'ayant pas récidivé, nous trouvons une observation d'ulcère post-opératoire, perforé, suturé, et qui est resté quiescent, le malade revu cinq ans après.

M. CH... (observ. H. 9.559). — Le malade présentait un ulcère duodénal depuis 1945, rebelle au traitement médical, le malade subit une gastrectomie en 1948. Deux ans après cette intervention, il présente une nouvelle poussée ulcéreuse aboutissant à la perforation d'un ulcère jéjunal post-opératoire, qui est suturé. Le malade, revu 5 ans après sa suture, pour une raison indépendante de l'ulcère, n'avait jamais resouffert.

6° *Le type de l'intervention.*

Il semble avoir peu d'influence sur l'évolution ultérieure de l'ulcère. En effet, les malades du groupe I, c'est-à-dire sans récidive, ont subi :

— une suture simple dans 76,8 % des cas ;

— une suture associée à une dérivation dans 23,2 % des cas, ce qui correspond au pourcentage de ces deux interventions dans l'ensemble des groupes :

72,4 % de suturés ;

27,6 % de suture + GEA.

L'évolution des ulcéreux perforés et suturés est donc la même que celle des perforés ayant subi, associée à la suture, une intervention de dérivation.

A ce propos, de Bakey, étudiant l'association de la gastro-entéro-anastomose à la suture, à partir de 764 observations, déclare que « en aucun cas, cette intervention dérivative ne fournit de protection contre les récides ». 33 % de ses malades ont dû subir une réintervention.

Groupe II

Ce groupe correspond aux malades qui présentent des troubles mineurs, souvent atypiques. Ils ne peuvent être rattachés avec certitude dans les deux autres groupes. Leur étude en fonction des notions étiologiques n'apporte pas de renseignements valables d'un point de vue général, du fait de leur nombre relativement restreint (9 cas) et de leur diversité.

1° CLINIQUEMENT, ces troubles se traduisent :

— Dans quatre observations, par un syndrome de dyspepsie hyposthénique avec ballonnement post-prandial et digestion lente.

— Dans quatre cas, par des douleurs épigastriques peu violentes, intermittentes, parfois post-prandiales, parfois le matin, de toute façon sans évolution périodique.

— Dans un cas enfin, la douleur est bien de type ulcéreux, mais le bilan radiologique est négatif, et elle est alléguée dans le cadre d'un accident du travail.

2° LES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES RECUEILLIES :

— Une femme pour 9 hommes.

— L'âge moyen de 49 ans (en effet, 5 malades sur 9 ont présenté leur perforation entre 50 et 60 ans).

— Les antécédents familiaux retrouvés dans 1 cas sur 9.

— Les antécédents personnels dans 6 cas sur 9, soit 66,6 %.

— La localisation duodénale dans 6 cas sur 9.

— Le type de l'intervention : une GEA a été associée à la suture simple dans deux cas.

Ces notions étiologiques ne peuvent être valablement interprétées étant donné la diversité des facteurs intriqués.

3° LES FACTEURS INTRIKUÉS AU SYNDROME GASTRIQUE SONT :

— L'alcoolisme était important dans trois cas.

— Le régime ou le traitement étaient suivis de manière fantaisiste.

— Dans les deux cas où une GEA avait été associée à la suture, s'il n'a pas été mis en évidence d'ulcère jéjunal post-opératoire, la gastroscopie a permis une fois de rattacher les troubles présentés à une stomite (obs. H. 21.542).

— Dans deux cas, il s'agissait d'interventions itératives où le départ entre un syndrome ulcéreux atypique et des troubles fonctionnels chez des poly-opérés était difficile.

M. A... Marcel (observ. A. 403), suturé pour une perforation d'ulcère en 1951, présente, en 1954, une nouvelle perforation qui est de nouveau suturée. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 9 ans, le malade présente un simple ballonnement post-prandial.

M. R... Charles (observ. A. 37.864), subit en janvier 1952 une gastrectomie pour ulcère. 11 mois après, perforation d'un ulcère jéjunal post-opératoire qui est suturée. Depuis cette époque, revu 9 ans après, il ne suit ni régime, ni traitement, mais présente des douleurs épigastriques intermittentes très atypiques.

Groupe III

Les récidives après suture.

Ce groupe correspond à 97 observations de malades qui ont présenté, une fois la perforation suturée, des symptômes en relation avec une récidive ulcéreuse. Son étude est capitale, car des conclusions découlent en partie l'attitude thérapeutique au moment de la perforation.

Nous verrons successivement :

- l'influence des notions étiologiques sur la récidive ;
- le délai entre la perforation et le début de la récidive ;
- les divers aspects symptomatiques de ces récidives ;
- leur traitement.

A) INFLUENCE DE L'ÉTIOLOGIE SUR LA SURVENUE DES RÉCIDIVES.

1° La notion d'âge auquel s'est produit la perforation est un élément d'une certaine importance. Nous transcrivons dans le tableau ci-dessous les récidives en nombre et en pourcentage par comparaison à l'âge auquel se produit l'ensemble des perforations.

Ainsi, la notion d'âge a une influence nette puisque, lorsque la suture de la perforation a été suivie de récidive ulcéreuse, nous retrouvons près de 1 malade sur 2 (48,5 %) dont l'âge était inférieur à 40 ans au moment de leur perforation d'ulcère. Alors que, dans l'ensemble des ulcères perforés, 1 sur 3 (35,3 %) avait présenté son accident perforatif avant 40 ans.

2° L'influence du *sexe* sur le déclenchement de la récidive ne paraît pas déterminante. Sur nos 97 malades ayant présenté une récidive, nous trouvons 7 femmes pour 90

Tranches d'âge (âge du malade lors de la perforation)	Ensemble des ulcères perforés, suturés		Ulcères perforés qui récidivent après suture	
	Nombre	%	Nombre	%
Inférieur à 20 ans	3	1,8	3	3,1
De 20 à 30 ans ..	21	12,8	18	18,6
De 30 à 40 ans ..	34	20,7	26	26,8
De 40 à 50 ans ..	53	32,6	26	26,8
De 50 à 60 ans ..	32	19,4	13	13,3
De 60 à 70 ans ..	15	9,1	9	9,3
De 70 à 80 ans ..	6	3,6	2	2,1
	164	100 %	97	100 %

hommes, correspondant à 7,57 %, pourcentage légèrement supérieur au 5,9 % d'ulcères perforés chez la femme.

Cette différence, d'ailleurs minime, pourrait prouver une tendance à la récurrence plus importante chez la femme. Mais le petit nombre d'ulcères perforés dans le sexe féminin ne permet pas de tirer des conclusions valables.

3° L'étude des *antécédents* apporte des notions plus précises, qu'il s'agisse des antécédents familiaux ou personnels.

A) LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Sur nos 97 observations, les antécédents familiaux ont été recherchés dans 86 cas. Leur existence certaine se retrouve dans 27,9 % des cas, c'est-à-dire à un taux nettement supérieur aux 21,2 % de l'ensemble des ulcères perforés. La différence s'accroît encore, avec le pourcentage

d'antécédents familiaux, pour le groupe I des non-récidives qui est de 12,8 %.

Il est à noter que c'est dans ce groupe des récidives que l'on trouve la majorité des cas d'antécédents ulcéreux familiaux multiples : 12 cas sur 14 qui avaient été recensés dans l'ensemble de nos observations.

B) ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

a) Sur les 95 cas où les antécédents ont été recherchés, leur existence est certaine dans 69 cas, c'est-à-dire avec une fréquence de 72,6 %. Donc, dans près de 3/4 des cas, alors que, pour l'ensemble des ulcères perforés, les antécédents personnels sont signalés dans 68,8 %, et que, pour les ulcères qui ne récidivent pas après suture, ils ne sont signalés que dans 48,6 % des cas. La récidive ulcéreuse se rencontre donc plus souvent chez les malades qui présentent des antécédents ulcéreux avant leur perforation.

b) L'ancienneté des antécédents intervient-elle dans la genèse des récidives ? La plupart des auteurs pensent que plus les antécédents préperforatifs sont de date ancienne, plus l'ulcère a des chances de récidiver.

Ancienneté des antécédents	Ensemble des ulcères perforés et suturés		Ulcères perforés qui récidivent après suture	
	Nombre	%	Nombre	%
Nuls ou inférieurs à 6 mois	68	42,8	37	38,9
De 6 mois à 1 an.	6	3,7	4	4,2
De 1 an à 5 ans	43	26,7	26	27,3
De 5 ans à 10 ans	17	10	12	12,6
De 10 ans à 20 ans	17	10	11	11,8
Supérieurs à 20 ans	10	6,8	5	5,2
	161	100 %	95	100 %

Nous consignons nos résultats dans le tableau ci-dessus, en mettant en parallèle les ulcères qui ont récidivé et l'ensemble des ulcères perforés.

La différence existe, mais elle est minime. Et l'analyse de nos observations fait apparaître un certain nombre d'exceptions. Certaines perforations qui n'ont été précédées d'aucune manifestation ulcéreuse sont cependant suivies de l'apparition, après suture, d'un syndrome ulcéreux précis. Ceci s'observe en particulier lorsque la perforation survient chez un sujet jeune, avant 30 ans. Très souvent, de tels sujets n'ont pas un passé ulcéreux ancien, mais la perforation représente cependant le mode de début d'une maladie ulcéreuse d'évolution prolongée.

Nous présentons donc quatre observations de ce type dont l'évolution ulcéreuse s'est manifestée après la perforation, bien que celle-ci ait été inaugurale.

M. L... André (observ. A. 20.957). — Ce malade, sans antécédents ulcéreux familiaux, présente en pleine santé, à l'âge de 19 ans, le 2 juillet 1952, une perforation d'ulcère prépylorique suturé. Il présente, après 2 ans d'accalmie, une récurrence douloureuse épigastrique qui va se reproduire tous les ans, soit une fois, soit deux fois par an ; ces poussées durent donc depuis 9 ans, mais sont jugulées chaque fois par le traitement médical.

M. H... Pierre (observ. H. 20.919), sans antécédents ulcéreux familiaux, présente, à 30 ans, en 1957, en pleine santé, un ulcère perforé du duodénum. Il présente, en 5 ans, 3 crises douloureuses, respectivement en 1958, 1960, 1961, réductibles par le régime et le traitement médical.

M. S... José (observ. H. 6.947), présentait depuis 2 mois un syndrome douloureux épigastrique typiquement ulcéreux, ayant abouti à la perforation d'un ulcère pylorique qui est suturé en 1938. Après 7 ans d'accalmie, le malade présente une récurrence ulcéreuse avec signes de sténose ; une GEA est pratiquée en 1947 ; 2 mois après cette nouvelle intervention, reprise d'un syndrome douloureux jusqu'en 1952 où il est pratiqué une nouvelle GEA.

M. A... André (observ. H. 22.637), présente sans syndrome prémonitoire, à 21 ans, une perforation d'ulcère duodénal qui est suturé ; 1 an après, le syndrome douloureux apparaît et va évoluer par période pendant 4 ans, pour aboutir à une sténose qui sera confiée au chirurgien qui pratique une GEA associée à un Dragstedt.

4° La *localisation de l'ulcère* ne semble avoir, comme nous l'avons vu dans le groupe I, qu'une influence limitée. L'étude de la localisation de l'ulcère de notre groupe de récides après suture, par comparaison avec l'ensemble des localisations des ulcères perforés, montre des chiffres sensiblement parallèles.

	Groupe III		Ensemble des perforés
	Nombre	Pourcentage	
Duodénum	68	70 %	72,3 %
Pylore	9	10 %	9,2 %
Estomac	20	20 %	18,5 %

5° *Le type de l'intervention*, pour l'épisode aigu perforatif, ne semble pas intervenir dans le déterminisme de la récide. En effet, dans ce cadre des récides, nous trouvons : 68 sutures simples, 29 sutures + GEA, représentant respectivement 70,2 % et 29,8 % des cas.

Ces chiffres correspondent au pourcentage général des interventions pour perforations :

72,4 % de sutures simples ;

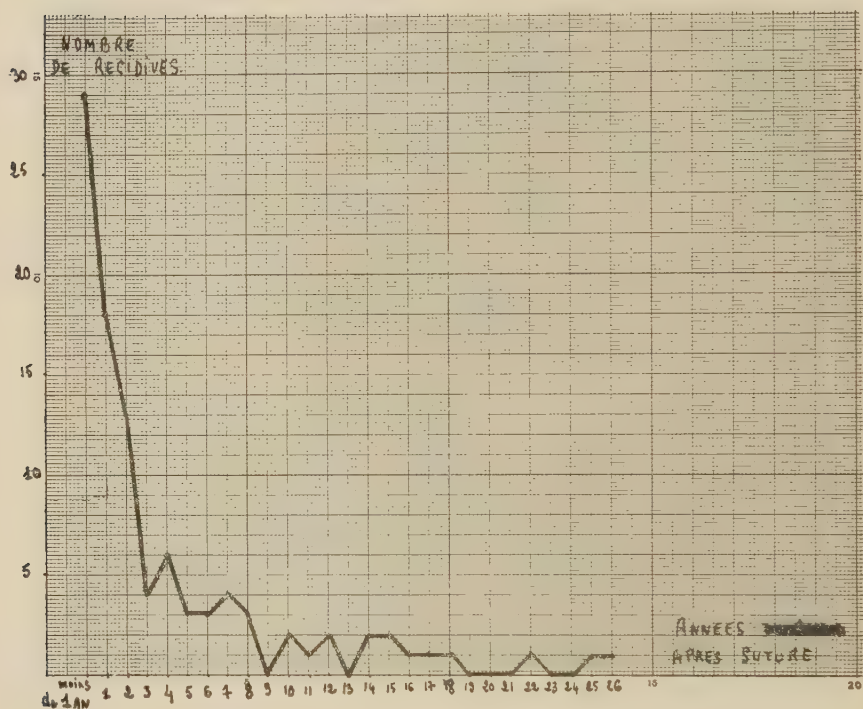
27,6 % de sutures associées à une intervention de dérivation.

B) LE DÉLAI ENTRE LA PERFORATION ET LE DÉBUT DE LA RÉCIDE

Chez nos 97 malades qui ont présenté une récide après l'épisode aigu perforatif, nous avons pu apprécier le délai d'apparition de la récide. Ce délai s'étale dans nos observations de moins de 1 an à 26 ans.

Nous avons représenté nos chiffres sur une courbe réalisée portant en abscisses les années de suite et en ordonnées le nombre des récidives.

TABEAU V



Délai d'apparition de la récurrence après suture de la perforation chez les malades du groupe III.

Ainsi, ce tableau révèle une prépondérance importante des récurrences précoces, puisque :

62 % se produisent dans les deux premières années, approximativement donc 2 sur 3 ;

75,2 % se produisent dans les cinq premières années, exactement 3 sur 4.

Après la cinquième année, le nombre des récides reste égal, comme nous le voyons sur le tableau IV où le délai atteint jusqu'à 26 ans.

Ces données correspondent aux chiffres de la littérature. Mialaret note, en effet, que 47 % des récides surviennent avant un an et 73,5 % avant 7 ans. De même, Dean et Clark trouvent 72 % de récides avant 5 années.

C) MODALITÉS SYMPTOMATIQUES DE LA RÉCIDE.

Les aspects cliniques de la récide sont divers, se manifestant soit par l'apparition ou la reprise du syndrome douloureux, soit par une des complications principales de la maladie ulcéreuse : qu'il s'agisse d'une hémorragie gastro-duodénale, d'une sténose ou d'une nouvelle perforation.

I. — *Sur un plan purement statistique*, en utilisant les seules observations du service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, nous avons vu, en effet, plus haut, que 43 malades sur 83 avaient présenté une récide, soit 51,8 %.

Les modalités symptomatiques se répartissent ainsi :

— Récide douloureuse	30 cas, soit 36,1 %
— Hémorragie	5 cas, soit 6,1 %
— Perforations récidivantes.	5 cas, soit 6,1 %
— Sténose	3 cas, soit 3,5 %
	51,8 %

II. — *Sur le plan analytique* : Nous avons utilisé les 97 observations du groupe III et nous avons recherché pour chacune quel aspect symptomatique avait pris la récide.

a) La récide sur le mode *douloureux* est de loin la plus fréquente, puisque 74 malades sur 97 présentent de tels symptômes, soit 76,3 %.

Il s'agit dans presque tous les cas de douleurs typiquement ulcéreuses, évoluant par périodes. Comme nous l'avons vu, le syndrome ulcéreux peut :

— soit évoluer chez un malade qui présentait des antécédents préperforatifs, anciens ou récents ;

— soit apparaître après la perforation qui a ainsi marqué le début de la maladie.

Ces récurrences douloureuses peuvent de plus précéder ou accompagner une autre complication de la maladie, hémorragie ou sténose.

b) Les *hémorragies* représentent 8 cas dans notre groupe des récurrences, soit 8,2 %. Dans 7 cas, l'hémorragie était associée à un syndrome douloureux. Dans 1 cas seulement l'hématémèse a été isolée :

M. F... Jean-Louis (observ. A. 15.189), présentait un ulcère de la petite courbure, découvert 28 ans avant la perforation qui est suturée le 1^{er} mai 1955. Ulcère de la petite courbure 3 mois après cette intervention d'urgence. Hématémèse catclysmique, gastrectomie d'urgence.

L'association hémorragie gastro-duodénale et perforation apparaît dans l'ensemble relativement rare. Le rôle de l'alcoolisme est là encore prépondérant. Nous citons une observation où l'intrication de facteurs ulcéreux et hépatique met ce fait en évidence :

M. R... Mohamed (observ. H. 9.182), présente, à l'âge de 26 ans, une hématémèse traitée comme d'origine ulcéreuse. 13 ans après, à la suite d'une période douloureuse épigastrique, il perfore un ulcère duodénal qui est suturé en 1944. 10 ans après, il présente un nouveau syndrome douloureux épigastrique, que la radiographie permet de rattacher à un ulcère du bulbe. 2 ans plus tard, hématémèse. L'intervention découvre une cirrhose vraisemblablement éthylique et il est procédé à une GEA associée à un Dragstaedt.

c) Récidives sous forme de *sténose* : elles représentent également 7 cas sur 97 récidives, soit 7,3 %. Là encore, dans 6 cas, la sténose pylorique était associée à des douleurs épigastriques. Une seule s'est présentée comme isolée, sous la forme d'une sténose aiguë.

M. S... Léon (observ. H. 20.296), présente, en 1947, une hématomérose, et, en 1950, un syndrome douloureux épigastrique que les radiographies rattachent à un ulcère bulbaire. Le traitement médical amène la sédation des douleurs, la disparition de la niche, jusqu'en novembre 1956 où se produit une perforation qui est suturée d'urgence. 4 ans plus tard, sténose pylorique aiguë par récidive de l'ulcère duodénal. Gastrectomie-Polya.

Il est à noter, en outre, que, dans toutes nos observations où s'est produite une sténose, après la suture de la perforation, celle-ci est survenue tardivement, de 4 ans à 10 ans. Nous n'avons donc pas relevé de sténose qui serait due uniquement à la suture. Ce risque, qui a été avancé comme un argument en faveur de la GEA associée à la suture est en réalité minime.

d) Le chapitre des *perforations récidivantes* a été l'objet de nombreux travaux. Nous relevons 8 cas sur nos 97 récidives, soit un pourcentage de 8,2 %.

Les chiffres que nous trouvons dans la littérature sont variables. Palumbo, 3 % ; Weiss, 4,4 % ; Hastings, 6,7 % ; Johanson, 10,8 % ; Dean, 12 % ; Estes, 16 %, la moyenne de ces statistiques donnant un chiffre de 8,8 % de perforations itératives dans le cadre des récidives.

Ces perforations récidivantes correspondent en réalité à plusieurs faits :

1° Il peut s'agir d'un ulcère qui, suturé, se reperfore au même endroit :

M. A... Marcel (observ. A. 403), sans antécédents familiaux, présente depuis 6 mois un syndrome douloureux atypi-

que, qui aboutit à une perforation d'un ulcère pylorique : suture le 30 juin 1951, reprise du syndrome douloureux six mois après la suture, et, le 4 janvier 1954, perforation d'un ulcère pylorique qui est de nouveau suturé.

2° La localisation de l'ulcère peut avoir changé : perforation d'un ulcère duodénal par exemple, puis perforation d'un ulcère gastrique dans un deuxième temps.

M. F... Marius (observ. A. 16.800). — Malade sans antécédents ni familiaux ni personnels, présente, le 20 mai 1954, une perforation de la face antérieure du duodénum. Suturé, il va bien jusqu'en mai 1957 où se produit une perforation d'un ulcère de la petite courbure. Gastrectomie.

3° L'éventualité la plus fréquente est représentée par la perforation d'un ulcère jéjunal post-opératoire, survenu après une intervention d'urgence pour perforation, parfois après gastrectomie, mais surtout après suture + gastro-entéro-anastomose.

M. P... Salvador (observ. H. 19.125), subit, en 1935, une suture associée à une GEA pour un ulcère duodénal perforé ; après 10 ans de guérison, reprise d'un syndrome ulcéreux atypique qui aboutit, en 3 mois, à un tableau de perforation. L'intervention découvre un ulcère jéjunal antérieur perforé. La bouche de GEA est normale.

4° Certains auteurs, dans le cadre des sutures + GEA dans le traitement des ulcères perforés, signalent également la récurrence de la perforation sur l'ulcère laissé en place, la GEA étant alors insuffisante pour empêcher l'apparition de la récurrence. Nous n'avons aucune observation de ce type dans notre étude.

La plupart des auteurs avec de Bakey, Allen, Estes et Bennet, Ivy, admettent que la récurrence de la perforation est moins fréquente après suture simple qu'après gastro-entérostomie. Estes et Bennet, étudiant les circonstances étiolo-

giques de la reperforation, ont voulu faire jouer un rôle à l'alcoolisme, au travail de force et à l'hyperacidité gastrique, qui serait trois fois supérieure chez les reperforés que chez les perforés uniques.

Ainsi, dans la majorité des cas, les récidives se font sur le mode douloureux et la fréquence des complications n'est pas particulièrement importante chez ces malades.

D) TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE.

Sur nos 97 malades qui ont récidivé après suture :

— 59 ont subi une intervention chirurgicale ultérieure, soit dans 61 % des cas ;

— 38 n'ont pas été ré-opérés, soit 39 % des cas.

1° Le *traitement chirurgical* a été envisagé et réalisé :

a) Pour différentes raisons :

— soit pour l'apparition d'une complication grave de la maladie ulcéreuse, hémorragie, sténose ou perforation ;

— soit parce que la récidive douloureuse ou l'apparition de la douleur était rebelle au traitement médical et au régime, suivis l'un et l'autre dans un nombre notable de cas, de manière peu rigoureuse.

b) Il a été pratiqué des interventions variées :

— 49 gastrectomies ;

— 3 gastro-entéro-anastomoses ;

— 5 gastro-entéro-anastomoses associées à une opération de Dragstedt ;

— l'incision d'un abcès sous-phrénique ;

— une nouvelle suture pour perforation itérative.

2° Il nous a paru intéressant d'étudier en parallèle les malades qui avaient présenté une récidive après la suture

de la perforation, et *qui n'ont pas subi de traitement chirurgical*. 38 cas répondent à cette étude :

a) Dans 21 cas, soit 21,6 % des malades, le régime et le traitement médical étaient efficaces et le rythme des poussées ulcéreuses était suffisamment éloigné pour ne pas imposer un traitement chirurgical.

b) Dans 17 cas par contre, soit dans 17,4 %, l'intervention s'est trouvée contre-indiquée, alors que la maladie ulcéreuse, à elle seule, aurait imposé un geste chirurgical :

— Deux des malades ont refusé l'intervention.

— Dans les 15 autres observations, il existait une contre-indication :

- pour 6 d'entre eux, existait un éthylisme important dont deux cas de cirrhose en voie de décompensation ;
- pour 6 autres, une tuberculose pulmonaire récente ou ayant laissé d'importantes séquelles respiratoires ;
- 1 malade présentait une insuffisance respiratoire ;
- pour 1 autre, la chirurgie était contre-indiquée par l'âge (78 ans) ;
- enfin 1 dernier présentait des troubles psychiques importants.

Cette étude du traitement des récurrences montre que, dans un grand nombre de cas, le malade a été conduit à une intervention. Cette attitude thérapeutique ne s'explique pas seulement par la sévérité des récurrences. Il est bien certain que, chez un malade qui a déjà eu une perforation, le médecin est plus enclin à conseiller une intervention radicale, en cas de récurrences.

De cette étude, ressortent des conclusions assez précises. L'étude comparative des ulcères gastro-duodénaux perforés, traités par suture, qui ne récidivent pas au cours des 10 ou 15 années suivantes et de ceux qui récidivent pendant le même laps de temps, fait apparaître entre les deux groupes des différences notables :

— Chez les sujets dont l'ulcère ne récidive pas, l'âge est en moyenne supérieur à 40 ans lors de l'accident perforatif, les antécédents familiaux sont rares et imprécis, les manifestations préperforatives sont souvent nulles (ulcère aigu) ou de brève durée.

— Les malades dont la maladie évolue à nouveau après suture sont en moyenne plus jeunes au moment de la perforation. Les antécédents familiaux sont, chez eux, retrouvés à une fréquence supérieure à la moyenne. Enfin, la maladie ulcéreuse a généralement une évolution assez prolongée lorsque survient la perforation.

Ces conclusions n'ont évidemment pas une valeur absolue. Elles doivent être nuancées par la connaissance de certaines exceptions. Telle maladie ulcéreuse évoluant depuis fort longtemps paraît se terminer brusquement par la perforation, tout se passant comme si la suture avait guéri à la fois la perforation et la maladie. Tel autre ulcère, apparemment aigu et débutant par une perforation, dévoile, après suture, une évolution douloureuse périodique assez sévère. Cette dernière éventualité est plus fréquente que la première. Toutes deux témoignent du caractère imprévisible qui est une des données fondamentales de la maladie ulcéreuse.

CHAPITRE VI

SYNTHESE

1. — Signification de la perforation dans le cours de la maladie ulcéreuse.

L'étude des circonstances étiologiques observées chez les ulcéreux qui ont fait une perforation nous a conduit à cette conclusion qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre le groupe des ulcères non compliqués et celui, plus restreint, des ulcères qui se perforent. Assurément, la proportion des formes masculines et des localisations duodénales est un peu plus élevée dans ce dernier groupe, mais l'écart n'est pas considérable. La fréquence des antécédents ulcéreux familiaux est sensiblement identique dans les deux catégories. *La perforation n'est donc pas habituellement l'apanage d'une forme particulière d'ulcère gastro-duodéal.*

L'étude de l'évolution post-opératoire des malades qui ont subi seulement une suture montre que la reprise de l'activité ulcéreuse est loin d'être constante. Elle ne s'observe que dans un peu plus de la moitié des cas (51,8 %). Cette proportion a été établie par une étude statistique, réalisée chez des ulcéreux suivis pendant une longue période après leur suture (8 à 18 ans). Comme il est bien évident qu'une simple suture ne peut agir que sur la perforation et qu'on ne voit pas comment elle pourrait modifier d'une quelconque manière l'évolution lointaine de la maladie ulcéreuse, force est bien d'admettre qu'un grand

nombre des ulcères qui se sont perforés guérissent spontanément. Cette notion est extrêmement intéressante. Nous insisterons plus loin sur les conséquences qu'elle implique du point de vue pratique, mais nous voulons d'abord souligner l'intérêt qu'elle revêt du point de vue théorique.

Elle montre, en effet, que *la perforation n'est pas un stigmat de la gravité d'une maladie ulcéreuse*. La perforation est un accident qui est quelquefois provoqué par des influences extérieures (médicamenteuses ou autres) qui, dans le plus grand nombre de cas, est apparemment spontané, mais qui, dans les deux cas, témoigne seulement d'une poussée ulcéreuse plus intense que les autres. C'est une complication de la crise ulcéreuse, mais elle ne signifie pas obligatoirement que la maladie ulcéreuse soit plus grave. En elle-même, la survenue d'une perforation ne permet pas de préjuger de l'avenir de la maladie ulcéreuse. Après cette brutale flambée, celle-ci peut fort bien s'éteindre pour longtemps ou pour toujours.

Nous sommes même surpris par la relative fréquence des *perforations qui représentent l'unique manifestation de la maladie ulcéreuse*. Il s'agit d'accidents aigus survenant chez des sujets qui n'avaient jamais souffert avant la perforation et qui n'ont jamais souffert après la suture. Nous observons de telles formes chez 19 de nos 83 sujets, soit dans 22,8 % des cas.

Il est très difficile de savoir si ces formes éphémères appartiennent bien au même cadre que les ulcères gastro-duodénaux commun à évolution chronique. A leur sujet, on parlerait plus volontiers d'ulcère aigu, mais ce terme recouvre une notion imprécise dont les relations avec l'ulcère habituel sont mal connues. On ne sait pas non plus si ces ulcères aigus revêtent obligatoirement une forme compliquée (hémorragie ou perforation) ou s'ils peuvent également être de type seulement douloureux. Dans cette dernière éventualité, on comprendrait parfaitement que le diagnostic d'ulcère ne soit pas porté devant des manifestations douloureuses aussi fugaces.

Quoi qu'il en soit, le fait que près du quart des perforations se présentent cliniquement comme des ulcères aigus et représentent à elles seules toute la maladie ulcéreuse, incite à une certaine prudence dans l'attitude chirurgicale d'urgence.

II. — Conséquences pratiques.

L'attitude *thérapeutique* qui découle des constatations précédentes doit, comme elles, être très nuancée. Elle n'est pas assurée de succès dans tous les cas, mais elle paraît logique. On peut distinguer le problème du traitement d'urgence et le problème de la gastrectomie secondaire de principe.

A) LE TRAITEMENT D'URGENCE.

— Chez certains malades, la perforation doit, en principe, relever d'un *traitement simple*, suture ou aspiration. Il en est ainsi :

- chez les sujets âgés de plus de 40 ans ;
- chez ceux qui n'ont pas d'antécédents familiaux gastriques ;
- chez ceux dont les antécédents ulcéreux personnels sont ou totalement absents ou très récents.

Dans ces cas, en effet, notre étude nous a montré qu'il est raisonnable d'escompter ou une guérison définitive de la maladie ulcéreuse ou, du moins, une évolution ultérieure peu sévère et accessible au traitement médical.

— Dans d'autres cas, il paraît justifié de recourir d'emblée, si toutes les conditions favorables sont réunies, à un *traitement radical*. Ainsi en est-il :

- chez les sujets qui souffraient antérieurement d'un ulcère sévère ou rebelle au traitement médical ;
- surtout lorsqu'ils ont des antécédents ulcéreux familiaux ;
- et lorsqu'ils sont relativement jeunes.

Il est, en effet, probable que, chez ces malades, la perforation n'est qu'un épisode au cours d'une maladie ulcéreuse sévère qui est, presque à coup sûr, exposée à des rechutes après suture simple, et qui, par conséquent, a de grandes chances de relever un jour ou l'autre d'un traitement chirurgical.

Cette orientation thérapeutique, qui est d'ailleurs celle de nombreux chirurgiens actuellement, doit être assez souple :

— Elle doit, en effet, tenir le plus grand compte des *conditions opératoires* et de l'état du malade : dans certaines circonstances, une intervention radicale, théoriquement justifiée, ferait courir des risques vitaux et la nécessité conduit à se contenter du geste le plus simple : aspiration ou suture.

— Elle laisse en suspens l'attitude qu'il convient d'adopter dans certaines *circonstances intermédiaires* : perforation chez un sujet de 30 à 40 ans, dont les antécédents sont précis, mais relativement récents (moins de 5 ans). Ces cas sont, en fait, assez fréquents et rien ne permet de prévoir l'évolution de la maladie chez ces sujets. La conduite opératoire devrait faire intervenir un grand nombre d'éléments et, en particulier, les préférences du malade, informé aussi objectivement et complètement que possible. En fait, les conditions d'urgence dans lesquelles on se trouve ne laissent guère de place et de temps pour de telles discussions. La décision est en définitive prise par le chirurgien, mais il nous semble, en règle générale, qu'une gastrectomie d'emblée ne doit être envisagée qu'avec

réserve. Par contre, lorsque l'ulcère est duodénal, on peut être plus large dans les indications de vagotomie, intervention plus simple, moins mutilante, mais dont les résultats éloignés sont encore mal connus.

B) TRAITEMENT CHIRURGICAL SECONDAIRE DE PRINCIPE.

Lorsqu'un malade a subi pour une perforation ulcéreuse un traitement immédiat conservateur par aspiration ou par suture simple, on peut se poser la question de savoir s'il est justifié de lui conseiller systématiquement une intervention radicale dans les semaines qui suivent, en l'absence de toute récédive douloureuse ou de toute complication.

Il ressort de notre étude que, chez les malades qui ont subi une suture, les récédives sont loin d'être constantes et que, lorsqu'elles surviennent, elles ne prennent habituellement pas d'emblée une allure grave faisant courir un risque vital. Dans ces conditions, il paraît donc logique de conseiller à ces malades de suivre un traitement médical, de se faire surveiller particulièrement pendant les cinq premières années, pendant lesquelles se produisent les trois quarts des récédives. Si le malade recommence à souffrir de manière importante ou s'il fait une nouvelle complication, on pourra alors lui conseiller une intervention chirurgicale radicale. En fonction du contexte et des données du chimisme gastrique, l'opération conseillée sera soit une gastrectomie, soit une vagotomie avec antrectomie ou gastro-entéro-anastomose. Au total donc, le problème des indications thérapeutiques se pose à peu près de la même manière que chez un malade qui n'a pas eu de perforation.

Ainsi, chez les ulcéreux qui ont subi une suture simple pour perforation, *la gastrectomie secondaire de principe nous paraît exceptionnellement justifiée*. Nous n'avons pas envisagé le cas des malades qui n'ont pas eu une suture, mais seulement une aspiration gastro-duodénale. Du point de vue théorique, après réussite du traitement non-opératoire, la situation de ces malades est la même que celle des

sujets qui ont été suturés. En pratique, le fait qu'il n'y ait pas eu chez eux d'intervention d'urgence peut conduire à être un peu plus large dans les indications opératoires secondaires, lorsque le passé ulcéreux, l'âge et les antécédents familiaux laissent présager une évolution relativement sévère. Psychologiquement, en effet, ces sujets sont mieux préparés à accepter une intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

1° Nous avons étudié l'évolution de la maladie ulcéreuse chez 164 malades qui ont présenté une perforation gastro-duodénale.

— 94 d'entre eux ont été traités par suture au service d'urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot entre 1945 et 1955. Le délai d'observation dont nous disposons depuis l'intervention est donc de 18 ans au maximum et de 8 ans au minimum.

— 70 ont été soignés dans le service du Professeur Levrat, après avoir subi une suture pour perforation.

2° L'étude du contexte étiologique et des manifestations cliniques qui ont précédé la perforation montre qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les ulcères qui se perforent et ceux qui échappent à cette complication. Nous notons seulement que le risque perforatif est un peu plus élevé chez l'homme que chez la femme, et dans les ulcères duodénaux que dans les ulcères gastriques.

3° L'étude statistique de l'évolution post-opératoire révèle que la proportion des ulcères qui sont apparemment guéris après suture d'une perforation est importante : 38,5 % des cas, et que la proportion des sujets qui présentent une récurrence ulcéreuse certaine est seulement de 51,8 %

des cas, 9,7 % des malades se plaignant de troubles dont la signification est imprécise.

Dans 22,8 % des cas, les malades n'ont jamais souffert ni avant ni après la perforation, qui représente ainsi l'unique manifestation de la maladie ulcéreuse.

Lorsque des récidives ulcéreuses se produisent après suture, elles apparaissent presque toujours dans les cinq ans qui suivent l'intervention.

4° Les sujets dont l'ulcère n'évolue plus après suture sont ordinairement des malades qui avaient plus de 40 ans lors de la perforation. Ils ont rarement des antécédents ulcéreux précis et, dans la majorité des cas, le syndrome ulcéreux antérieur à la perforation est, soit absent, soit relativement récent. A l'inverse, dans le groupe des sujets dont l'ulcère évolue après suture, on trouve une importante proportion de malades jeunes aux antécédents familiaux chargés et au passé ulcéreux rebelle ou ancien. Bien que cette opposition ne soit pas absolue et que l'évolution post-opératoire conserve un caractère partiellement imprévisible, ces notions permettent, dans une certaine mesure, d'orienter l'attitude thérapeutique.

5° La décision du chirurgien, appelé à choisir entre les différentes méthodes de traitement d'urgence d'une perforation, fait intervenir de nombreuses considérations. Nous pensons que, chez les malades qui, du fait de leur passé pathologique, semblent particulièrement exposés aux récidives, un traitement radical d'emblée semble justifié, lorsque les circonstances sont favorables. Dans le plus grand nombre de cas cependant, un traitement conservateur immédiat (aspiration ou suture) nous paraît préférable à une gastrectomie d'emblée. Il ressort en effet de notre étude que la survenue d'une perforation ne constitue pas obligatoirement un signe de sévérité de la maladie ulcéreuse. Pour la même raison, la gastrectomie secondaire de

principe, après suture, nous paraît exceptionnellement justifiée. Il nous paraît plus logique de prescrire aux malades un traitement médical anti-ulcéreux, de les surveiller et d'attendre la survenue d'une éventuelle récurrence pour conseiller une intervention chirurgicale radicale.

Vu :

Le Doyen,
J.-F. CIER.

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. LEVRAT.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 10 Avril 1964.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBER R.F., MADDEN J.L. — Acute gastroduodenal perforation. *Am. J. Surg.*, (59), 1943, p. 484-495.
- BARITELL A.L. — Perforated gastroduodenal ulcer. *Surgery*, (21), 1947, p. 24-33.
- BERTHON. — A propos des ulcères perforés. *Gazette Médicale*, (61), novembre 1964, n° 22.
- BIERRING F., GAMMELGAARD P.A., GULDHAMMER E. — Perforation des ulcères gastriques ou duodénaux. Résultats immédiats et lointains de la suture simple. *Acta Chir. Scand.*, (106), 1953, p. 128.
- BLIKRA G. — Perforated ulcer. Primary and late results of various methods. *Nord. Med.*, (65), 1955, p. 320-324.
- BREYER Maurice. — Ulcère gastro-duodénal perforé traité par la suture simple. Résultats immédiats et éloignés à propos de 164 observations. *Thèse Nancy*, février 1961.
- BUZZI G., SCEVOLA G., STANGALINO G. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal perforé. Observations cliniques et statistiques. *Gazz. Med. Italia*, (121), juin 1962, p. 153-158.
- BYRD B.F. and CARLSON. — Simple closure of peptic ulcer. A review of end results. *Ann. Surgery*, (143), 1956, p. 708.
- CECCALDI P. et TAHIRI. — Ulcères gastro-duodénaux perforés. Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de 80 cas d'ulcères perforés opérés au Centre hospitalier de Casablanca. *Maroc Médical*, (41), juill. 1962, p. 759-761.
- CHALNOT, GROSIDIER J., VICHARD P., MATHIEU P. (Nancy). — Comment envisager actuellement le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Lyon Chirurgical*, (57), mars 1961, p. 236-242.
- CHAPPELART. — Evolution post-opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Thèse Paris*, 1939.
- CLAVEL Charles. — Etude statistique de 150 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. *Lyon Chirurgical*, (48), n° 6, 1953, p. 723-732.

- DEAN, CLARK, SINCLAIR, GIEBEN. — The late prognosis of perforated duodenal ulcer. *Gut*, (3), mars 1962, p. 60-64.
- DE BAKEY M. — Acute perforated gastro-duodenal ulcer. *Surgery*, (8), 1940, p. 852-1.028.
- DE PAULIS J., JONES P. — A propos de deux syndromes de perforation d'ulcère peptique après gastrectomie. *Arch. Mal. App. Dig.*, (47), 1958, n° 4, p. 421-425.
- ESTES W.L., BENNET B.A. — Acute perforated ulcer. Late results. *Ann. Surg.*, (119), mars 1944, n° 3, p. 321.
- FONTAINE R. — Faut-il opérer ou aspirer les ulcères gastro-duodénaux perforés ? *Société Méd. de Strasbourg*, 25 avril 1953.
- FONTAINE R., HIEBEL G., LANG G et BARTH G. (Strasbourg, Freyming). — L'aspiration continue à la manière de Taylor pour ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Lyon Chirurgical*, (59), septembre 1963, n° 5, p. 682.
- FONTAINE R., HIEBEL G., LANG G. (Strasbourg). — Résultats éloignés des malades traités pour perforation d'un ulcère gastro-duodénal. A propos de 117 cas revus. *Lyon Chirurgical*, (29), septembre 1963, n° 5, p. 696.
- FORTY F. — One hundred cases of perforated peptic ulcer with an analysis of immediate and remote results of simple closure. *British Med. J.*, (44), 25 mai 1946, p. 790-793.
- GIRARD M. et REZILLOT. — Etude statistique de 976 cas d'ulcères gastro-duodénaux. *Journ. Méd. Lyon*, 20 avril 1950, p. 329-342.
- GOLDMANN. — Sur le sort des malades opérés entre 1928 et 1938 à la Clinique chirurgicale de Munich, d'un ulcère gastro-duodénal perforé. *Thèse Munich*, 1940, n° 123, 76 pages.
- GRENET M. — Récidives multiples de perforations ulcéreuses gastriques. *Bordeaux Chirurgical*, n° 2, 1949, p. 75-76.
- HAMANT et ROTHAU. — Considérations cliniques d'après 120 observations de perforations gastro-duodénales. *Revue Méd. de Nancy*, octobre 1937, p. 761-779.
- HARRISSON C. and COOPER F.W. — Immediate and late results of perforation of peptic ulcer. *Surgery*, (10), 1941, n° 49.
- HASTINGS N. and MACHIDA R. — Perforated peptic ulcer. Results of simple closure. *Amer. J. Surg.*, (102), août 1961, p. 136-142.
- HOUSTON W. — The aftermath of perforated peptic ulcer. *Brit. Med. J.*, (2), 1946, p. 220.

- HUTINEL. — La place de l'aspiration gastrique, suivie de la vagotomie et gastro-entéro-anastomose dans le traitement de l'ulcère duodénal perforé. *Mém. Ac. Chir.*, (87), 17 mai 1961, p. 454-456.
- ILLINGWORTH, SCOTT and JAMESION R.A. — Progress after perforated peptic ulcer. *Brit. Med. J.*, (1), 1946, p. 787.
- ISELIN M. — Sur le traitement des ulcères perforés. *Mém. Ac. Chir.*, (78), 11 juin 1952, p. 572-574.
- ISELIN M. — A propos de la communication de Ph. Masse. *Mém. Ac. Chir.*, (38), 1960, p. 314.
- IVY A.C., GROSSMAN M.I., BACHRACH W.H. — Peptic ulcer. Churchill, édit., Londres, 1951.
- JOHANSSON O. — 200 cas d'ulcères perforés gastro-duodénaux. *Acta Chir. Scand.*, (95), mars 1947, n° 3, p. 233-259.
- JORDAN G.L. and DE BAKEY M.E. — The surgical management of acute gastro-duodenal perforation. *Amer. J. Surg.*, (101), mars 1961, p. 317-324.
- KINGSBURY H.A. and SCHILLING J.A. — Acute perforation of peptic ulcer. Early and late results. *New York State J. Med.*, (47), 1947, p. 372.
- KINGSBURY A. and DOUGLAS C., PENNOYER. — Treatment of acute perforation of peptic ulcer. *Post. Grad. Med.*, (31), avril 1962, p. 364-370.
- KOZOLL D.D., MEYER K.A. — Effets of surgery on morbidity and mortality in acute gastro-duodenal perforation. *Amer. J. Surg.*, (103), mai 1962, p. 577-588.
- LENORMANT Ch. — 174 perforations d'ulcères gastro-duodénaux. *Presse Méd.*, (37), août 1942, p. 505-506.
- LEVRAT M., LAMBERT R. — Etude statistique de 1.184 observations d'ulcères gastro-duodénaux. *Rev. Lyonn. Méd.*, (6), février 1957, p. 129-145.
- LEVRAT M., LAMBERT R., TISSOT A. — L'hérédité de l'ulcère gastro-duodénal et cas multiples familiaux. *Journal de Génétique Humaine*, (11), 1962, p. 22-50.
- LEVRAT M., PASQUIER J., TISSOT A., LAMBERT R. — Evolution de l'ulcère gastro-duodénal au-delà de 60 ans. Considérations statistiques. *Arch. Mal. App. Dig.*, (52), novembre 1963, n° 11, p. 1.081-1.094.
- LUER. — Revue de 102 cas d'ulcères perforés. *Surgery*, (27), mars 1950, n° 3, p. 360-363.

- MALLET-GUY P. — Sur le traitement des ulcères gastriques perforés. *Lyon Chir.*, (48), 1953, p. 754-755.
- MANFREDI. — Reperforation of peptic ulcer. *New York J. M.*, (56), 1956, p. 3.512.
- MARTIN F. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux : Considérations étiologiques à propos d'une statistique de 500 observations. *Thèse Lyon*, 1960, éditeur Bosc.
- MASSÉ Ph. — La place de la suture dans le traitement de la perforation des ulcères gastro-duodénaux. *Mém. Ac. Chir.*, (86), 1960, p. 243-251.
- MAYO H.W. and FITCHETT Cl. — Immediate and late results of the surgical therapy of acute perforated gastric and duodenal ulcer. *Surgery*, (28), 1950, p. 82-89.
- MIALARET. — Le traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux. Indications thérapeutiques nouvelles. Nouveaux problèmes. *Rev. du Prat.* (1), octobre 1951, n° 1, p. 31.
- MIALARET, EDELMANN, PILOIS, BOURJOIES. — Résultats de 5 ans de traitement éclectique des ulcères perforés. *Ann. de Chir.*, (32), février 1956, n° 2, p. 97-114.
- MIALARET. — Les complications évolutives des ulcères duodénaux et leur traitement. *Rev. du Prat.*, (11), oct. 1961, n° 25, p. 2.517.
- MOORE S.W. and HENDRICKS R. — Late results following perforated peptic ulcer. *Surgery*, (23), 1948, p. 442-449.
- MOURGUES (de) J. — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcère gastro-duodénal perforé. *Thèse Lyon*, 1932, n° 144.
- MULLER C.A. (Neufchatel). — Perforations aiguës des ulcères gastro-duodénaux. Statistique d'un service de chirurgie pendant 8 ans. *Mém. Ac. Chir.*, (83), 1957, p. 749-752.
- NUSSBAUMER A. — A propos du traitement chirurgical de la perforation d'ulcères gastro-duodénaux. Etude de 132 cas. *Ann. Chir.*, (19), octobre 1961, p. 1.269-1.272.
- OMEZ Y., DROISSART P. — La suture simple dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Résultats de 145 sutures. *Soc. Chir. de Lille*, 21 octobre 1958.
- OMEZ Y., DEVAMBEZ. — Deux cas d'ulcère peptique jéjunale perforé. *Lille Chir.*, (13), nov. 1958, n° 6, p. 214-218.
- PALUMBO L.T. and RUGTIV. — Results of operative treatment of acute perforated peptic ulcer. *Surgery*, (34), 1953, p. 635.

- PALUMBO, SHARPE. — Acute perforation gastro-duodenal. Evaluation of 160 consecutives patients treated by closure. *Surgery*, (50), décembre 1961, p. 863-868.
- PARKER E.F. — The late results in acute perforated peptic ulcer treated by simple closure. *Surgery*, (10), 1941, p. 49.
- PEYCELON R. et DUJOL H. — Réinterventions gastriques après perforations d'ulcères. *Lyon Chir.*, (48), 1953, p. 863-866.
- PORQUIER R. — L'évolution ulcéreuse après les perforations opérées. *Thèse Paris*, 1943, n° 145 (59 pages).
- QUAST. — Traitement de la perforation d'ulcère gastro-duodénal. Résultats immédiats. *Surg. Gyn. Obst.*, (100), mars 1955, p. 303.
- SAEGESSER F. (Lausanne). — Remarques sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Lyon Chir.*, (50), 1955, p. 426-432.
- SHIPLEY E. and WALKER J. — Les ulcères gastro-duodénaux perforés. Analyse de 200 cas. *Amer. J. Surgery*, (77), mars 1949, n° 3, p. 329-337.
- SOUPAULT. — Quadruple récidence d'une perforation d'ulcère d'estomac. *Arch. Mal. App. Dig.*, (9), 1944, p. 203-206.
- TALHEIMER M., ROBERT, AUROUSSEAU. — Le traitement chirurgical des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. *Mém. Ac. Chir.*, (81), 1955, p. 47-50.
- TAYLOR H. — The non surgical treatment of perforated peptic ulcer. *Gastro-Enterology*, (33), 1957, p. 353-368.
- WEISS A.G., HOLLENDER L. (Strasbourg). — Pour la suture simple dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé. *Lyon Chir.*, (50), 1955, n° 4, p. 433-444.
- WERNER G. — Les résultats éloignés du traitement par suture simple de l'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Thèse Nancy*, 1961.
- WILLIAMS A.C. — Perforated peptic ulcer. *New-England J. Med.*, (230), 1944, p. 785.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction - Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Matériel d'étude</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Etiologie générale de la perforation</i> ..	21
— Fréquence globale	21
— Age	22
— Sexe	24
— Localisation	24
— Antécédents familiaux	28
— Antécédents personnels	30
— Facteurs déclenchants	34
CHAPITRE IV. — <i>La perforation</i>	37
— Le tableau clinique	37
— Le traitement chirurgical	39
— Mortalité immédiate	41
CHAPITRE V. — <i>Evolution de l'ulcère après suture</i>	45
— Etude statistique	45
— Etude analytique	48
- Groupe I : Non récidives	50
- Groupe II : Symptômes atypiques	55
- Groupe III : Récidives	57
CHAPITRE VI. — <i>Synthèse</i>	71
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	81

